Nr. 37. 11. września 1927. Rok VI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. med. Seweryn CYTRONBERG. Warszawa.

Badania ilości i jakości śliny, wydzielanej w różnych schorzeniach żołądka, pod wpływem jednakowego bodźca.

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej Uniwersytetu Warszawskiego. Kierownik: Prof. Dr. Franciszek Venulet.

Ilość i jakość śliny, jako pierwszej z kolei wydzieliny, z którą styka się pokarm, wprowadzony do ustroju, ma duże znaczenie dla przebiegu trawienia w dalszych odcinkach przewodu pokarmowego. Szereg autorów zajmował się badaniem różnych właściwości śliny, a mianowicie: określano wielokrotnie jej oddziaływanie, jej jakościowy i ilościowy skład chemiczny, zawartość ptyaliny, badano także mechanizm jej wydzielania pod wpływem bodźców chemicznych, nerwowych, hormonalnych, elektrycznych itd. Gruczoły ślinowe są, bodaj, najbardziej dostępne do badania ze wszystkich gruczołów ustroju ludzkiego, to też niektórzy autorowie przywiązują szczególną wagę do wyników badania ich czynności, gdyż na podstawie niektórych spostrzeżeń, poczynionych podczas badania gruczołów ślinowych, można lepiej poznać mechanizm wydzielania gruczołowego wogóle. Tak n. p. L. Asher 1) i jego uczniowie poznali na gruczołach ślinowych wpływ układu współczulnego na przepuszczalność komórek gruczołowych i m. inn. stwierdzili, że wydzielanie chlorków jest znacznie upośledzone w razie uszkodzenia n. współczulnego. Ma to pewne znaczenie, gdyż z doświadczeń Clifforda 2) wynika, że anjon chlorowy, wzmaga działanie amylolityczne ptyaliny, zawartej w ślinie.

Według najnowszych badań wydzielanie śliny wzmaga sie okresowo i niekiedy ustaje zupełnie na krótki przeciąg czasu. Po zadziałaniu silnym bodźcem na nerwy smaku wahania w wydzielaniu śliny nie ustają, jedynie podnosi się ogólny poziom ilości i stężenia wydzielonej śliny (Grisogani i Nazzareno 3). Ruchy żujące szczęk, połykanie, jak również otwieranie i zamykanie ust wzmagają wydzielanie śliny i skracają okresy zmniejszonego jej dopływu do jamy ustnej (V. de Laurenzi 4).

Hench i Aldrich 5), Updegraaf i Lewis 6), Collin i Isaacs 7), Landsberg 8), Desgrez, Moog i Gabriel 9), Simmel i Kuentscher 10) oraz inni wykazali, że gruczoły ślinowe grają pewną rolę w wydalaniu z tkanek i soków ustroju, azotu pozabiałkowego a zwłaszcza mocznika. Według badań Hencha i Aldricha, przeprowadzonych na dużym materjale klinicznym za pomocą własnej metody, zawartość mocznika w ślinie jest niemal taka sama, jak w krwi, dochodzi bowiem do 80% stężenia mocznika we krwi. Tę równoległość w zawartości mocznika we krwi i ślinie mogli oni stwierdzić w 90% wszystkich zbadanych przypadków i tylko w 10% przypadków zawartość mocznika w ślinie nie odzwierciadlała stwierdzonego we krwi zatrzymania pozabiałkowych związków azotowych. Opierając się na tej właściwości śliny, powyżej wymienieni badacze twierdzą, że badanie śliny na zawartość mocznika może w razie konieczności zastąpić określanie mocznika we krwi.

Ostatnio zajmowano się również określaniem w ślinie zawartości chloru (Jochweds 11), rodanków (Lickint 12), Schreiber 13) i inn.) w stanach prawidłowych i chorobowych. Co do rodanków stwierdzono niezbicie, że one działają hamująco na przebieg trawienia białka i skrobi (Sacchetto 14) już w stężeniu znacznie słabszem, niż ich zwykła zawartość w ślinie.

Już Biernacki 15), a następnie Sticker 16) i inni wykazali, że długotrwałe zmniejszenie się lub zmiana właściwości śliny, towarzyszące różnym schorzeniom jamy ustnej, wywołuje z biegiem czasu zmniejszenie się a nawet zupełny zanik wydzielania żołądkowego, co oczywiście wpływa ujemnie na przebieg trawienia pokarmów. Ostatnio Delhougne 17) przeprowadził badania w odwrotnym kierunku, mianowicie usiłował stwierdzić, jaki jest wpływ wydzielania żołądkowego na wydzielinie śliny. W tym celu Delhougne określał ilość i odczyn śliny oraz zawartość w niej ptyaliny i rodanków w różnych schorzeniach żołądka. M. inn. okazało się, że w przypadkach niedokwaśności ilość śliny oraz jej zawartość ptyaliny jest znacznie zmniejszona. Natomiast w przypadkach z nadkwaśnością i nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego zawartość ptyaliny oraz ogólna ilość śliny były znacznie większe, niż prawidłowo. Delhougne jest zdania, że, niezawodnie, ilość i jakość śliny zależą od pewnych wpływów nerwowo-odruchowych ze strony żołądka.

Bardzo liczne i dokładne badania przeprowadzono nad oddziaływaniem śliny t. j. nad jej stężeniem jonów wodorowych i nad jej zasadowością wzgl. kwaśnością miareczkowaną. Jednakże badanie tych właściwości śliny nie wchodzi w zakres doniesienia niniejszego i dlatego pomijam obecnie dane, dotyczące tych, zresztą, bardzo ważnych właściwości śliny.

Z powyższego krótkiego zarysu najnowszego piśmiennictwa, dotyczącego tych właściwości śliny, które są przedmiotem badań niniejszych, łatwo można poznać, że, nie bacząc na wielką dostępność śliny i gruczołów ją wydzielających, przeprowadzono właściwie bardzo mało badań w kierunku ustalenia ewentualnych zmian w ilości i jakości śliny, wydzielanej w różnych schorzeniach przewodu pokarmowego. Nie udało mi się np. znaleźć w odnośnem piśmiennictwie żadnych danych co do wskaźnika refraktometrycznego i napięcia powierzchniowego śliny, lepkość zaś jej badali jedynie H. Strauss 18) i Brunacci 19), z których pierwszy, opierając się na bardzo małym materjale, podaje, że lepkość ogólnej wydzieliny jamy ustnej waha się pomiędzy 1,4 i 2,0, drugi zaś określał jedynie lepkość wydzieliny gruczołu przyusznego, otrzymanej za pomocą sztucznych bodźców i stwierdził, że lepkość tej wydzieliny waha się pomiędzy 1,02 i 1,09 (?).

Przystępując do pracy niniejszej, miałem na celu, aby stwierdzić: 1) czy i jaka istnieje zależność pomiędzy ilością śliny i soku żołądkowego, wydzielanych pod wpływem jednakowego bodźca w rozmaitych stanach chorobowych żołądka i innych odcinków przewodu pokarmowego, 2) jaki zachodzi stosunek pomiędzy właściwościami fizyczno-chemicznemi śliny a jej właściwościami fizycznemi (ciężarem właściwym) oraz składem chemicznym, 3) i jakie zachodzą wahania właściwości fizyczno-chemicznych śliny oraz jej składu chemicznego w zależności od wahań tychże cech treści żołądkowej w różnych schorzeniach żołądka i innych odcinków przewodu pokarmowego.

Badania zaczynałem zawsze zrana pomiędzy godz. 9-ą a 10-ą. Chorzy byli naczczo; ostatni posiłek przyjmowali na 12 godzin przed mającem nazajutrz nastąpić zgłębnikowaniem żołądka. Posługiwałem się cienkim zgłębnikiem dwunastniczym, który wprowadzałem do żołądka sposobem Jutte'a 20) (t. j. z pomocą mandrynu z drutu) na 50 cm. od linji zębów. Na tej odległości zgłębnik pozostawał przez cały czas badania. Po wprowadzeniu zgłębnika wyciągałem za pomocą strzykawki całą zawartość żołądka. Następnie układałem chorych na lewy bok, by uniknąć przedostania się oliwki zgłębnika do dwunastnicy. Ślinę, wydzielaną przez chorego pod wpływem mechanicznego podrażnienia przez gumę zgłębnika, skrzętnie zbierano w czystem suchem naczyniu, trzymanem przez chorego tuż koło ust. Zabraniałem chorym czynnie spluwać ślinę, natomiast usta były stale otwarte, co, prawdopodobnie, wzmagało w pewnym stopniu wydzielanie śliny (p. w. Laurenzi l. c.). Wolny koniec zgłębnika zwisał nad podstawioną szklanką, do której ściekał wydzielający się sok żołądkowy. Pozatem wyciągałem co dziesięć minut całą zawartość żołądka. Doświadczenie trwało jedną godzinę. Całą ślinę oraz treść żołądkową wydobytą w ciągu tej godziny, mierzono i poddawano dalszym badaniom, a mianowicie: stwierdzono makroskopowe właściwości, jako to zabarwienie, spoistość, przejrzystość, uwarstwienie i t. d., mierzono ciężar właściwy, badano odwirowany osad pod drobnowidzem i przeprowadzano pomiary właściwości fizyczno-chemicznych, t. j. wskaźnika załamania światła, napięcia powierzchniowego, lepkości, wreszcie oznaczano ilościowo zawartość chloru, mocznika i azotanu pozabiałkowego a także wykonano jakościowe próby chemiczne na mucynę i białko.

Ciężar właściwy określałem za pomocą piknometru Sponglera, wskaźnik załamania światła (n*), refraktometrem Pulfricha, do mierzenia napięcia powierzchniowego (s**) posługiwałem się

---

*) n oznacza liczbę odczytaną na skali głównej i śrubie mikrometrycznej refraktometru Pulfricha.

**) s oznacza liczbę kropel, otrzymanych przy pomocy stalagmometru, który dla wody przekroplonej daje przy 20° C — 20,9 kropli.

stalagmometrem Traube'go, do mierzenia zaś lepkości (v***) — wiskozymetrem Ostwalda. Pomiary wskaźnika refraktometrycznego oraz napięcia powierzchniowego wykonywałem w t^0 pokoju, zaś pomiary lepkości, na którą ciepłota ma wpływ bardzo znaczny, w stałej t^0 20^0 C.; wszystkie te badania przeprowadzałem tego samego dnia, zazwyczaj w 1—2 godz. po otrzymaniu śliny i soku żołądkowego. Zarówno śliny jakoteż soku żołądkowego nie przesączałem przed temi badaniami.

Do badań chemicznych używałem wyłącznie wydzielin, odbiałczonych za pomocą uranylu octowego według metody Oszackiego.

Chlor określałem ilościowo metodą Volharda. W ślinie obliczałem chlor całkowity, jak NaCl, mnożąc stężenie chloru przez iloraz 58,5:35,5=1,65. Chlorki obojętne soku żołądkowego obliczałem w sposób następujący: od liczby wyrażającej ogólne stężenie chloru odejmowałem liczbę chloru kwasu solnego (określonego za pomocą miareczkowania), resztę zaś mnożyłem przez tenże iloraz 1,65. Obliczając w ten sposób wszystkie chlorki obojętne, jako NaCl, nie popełniałem znacznej pomyłki, gdyż, jak wiemy, stężenie chlorku sodu w wydzielinach ustroju jest wielokrotnie większe, niż stężenie wszystkich innych chlorków obojętnych, razem wziętych.

Zawartość mocznika oznaczałem metodą wolumetryczną za pomocą przyrządu Ambarda. Ze względu na stosunkowo małe stężenie mocznika w ślinie i soku żołądkowym, do każdego określenia brałem od 5—10 cm^3 badanego płynu. Używałem wyłącznie zupełnie świeżego podbromianu sodu, przygotowywanego niezadługo przed wykonaniem określenia.

Stężenie azotu pozabiałkowego określałem mikrometodą Kjeldahla za pomocą przyrządu Parnasa-Wagnera, używając do każdego określenia 1—2 cm^3 płynu odbiałczonego. Każde określenie wykonywałem dwukrotnie.

Co do zawartości mucyny orjentowałem się za pomocą strącania jej kwasem octowym. Przesącz, otrzymany po strąceniu mucyny, badałem jakościowo na zawartość białka za pomocą 20%-go kwasu sulfosalicylowego. Z częścią każdego przesączu wykonywałem także próbę biuretową.

Chorzy badani przezemnie, pochodzili przeważnie z II Kliniki chorób wewnętrznych U. W. (Prof. Gluzińskiego) lub z ambulatorjum tejże kliniki [1]), tylko niewielki ich odsetek stanowili chorzy prywatni. U wszystkich chorych rozpoznanie opierało się na dłuższej obserwacji klinicznej względnie ambulatoryjnej, na badaniach rentgenologicznych, laboratoryjnych itd.

Ogółem zbadałem 35 chorych, a mianowicie: 7 przypadków przewlekłego wrzodu trawiennego różnych odcinków żołądka, 5 — wrzodu dwunastnicy, 4 — przewlekłego kwaśnego nieżytu żołądka, 2 — niedokwaśnego nieżytu żołądka, 2 — „nerwicy" żołądka, 3 — raka żołądka, 3 — hipotonji i opadnięcia żołądka, 2 — skurczu i zapalenia przełyku, 3 — kamicy żółciowej i po jednym przypadku zatrucia morfiną, żółtaczki kiłowej, gruźlicy kątnicy itd.

Przedewszystkiem można było stwierdzić, że ilość śliny (wydzielanej w ciągu godziny) była nader różna u poszczególnych chorych. Zwłaszcza podczas pierwszych 20—30 minut zgłębnikowania u jednych chorych ślina wprost lała się nieprzerwanym strumieniem, podczas gdy u drugich wydzielanie śliny było bardzo powolne a nawet skąpe. W przeciągu następnych 30—40 minut wydzielanie śliny było u wszystkich chorych znacznie powolniejsze, u niektórych ustawało niemal zupełnie. Największą ilość śliny 218 cm^3 otrzymałem u 22-u letniej, bardzo pobudliwej kobiety z kwaśnym nieżytem żołądka oraz u 29-letniego mężczyzny, neurastenika, z hipotonją i opuszczeniem żołądka. Najmniejszą ilość śliny, 24 cm^3, wydzielił osobnik 34-letni z żółtaczką przewlekłą na tle kiłowego schorzenia wątroby. Zazwyczaj ilość śliny wahała się pomiędzy temi dwiema liczbami skrajnemi i wynosiła przeciętnie 110 cm^3. Zestawiając w każdym przypadku ilość wydzielonej śliny z ilością wydobytego soku żołądkowego, mogłem stwierdzić, co następuje: w przypadkach ze wzmożonem wydzielaniem soku żołądkowego najczęściej otrzymuje się także wielkie ilości śliny i przeciwnie, przy małem wydzielaniu żołądkowem ilość śliny jest najczęściej również stosunkowo niewielka. Zwłaszcza u osobników pobudliwych z hipersekrecją kwaśną, w przypadkach wrzodu dwunastnicy i okolicy przyodźwiernikowej, ilości śliny i treści żołądkowej były nader znaczne. W ogóle przypadków często (lecz nie zawsze) otrzymywałem nieco więcej śliny, niż soku żołądkowego. Jednakowoż muszę zaznaczyć, że nie udało się stwierdzić zupełnie ścisłej, stałej zależności ilości wydzielonej śliny od ilości wydobytego soku żołądkowego względnie od rodzaju i natężenia sprawy chorobowej żołądka lub innych odcinków przewodu pokarmowego.

Ciężar właściwy śliny wynosił conajmniej 1,0023 (w jednym przypadku wrzodu dwunastnicy), zaś najwięcej 1,0068 (w jednym przypadku raka żołądka), przeciętnie c. w. śliny wynosił 1,0042. W większości przypadków z nadmiernem ilościowo wydzielaniem śliny, jej c. w. był stosunkowo niewielki; w przypadkach z mniejszem, niż przeciętnie, wydzielaniem śliny, jej c. w. zachowywał się rozmaicie: bywał wyższy, niż przeciętnie, ale bywał także niższy.

Wskaźnik refraktometryczny (n) śliny wahał się pomiędzy 16,2 (przypadek opadnięcia żołądka u osobnika neurastenicznego) a 20,12 (rak żołądka), wynosząc przeciętnie 17,71. Prawie we wszystkich przypadkach n śliny było mniejsze o jedną, parę lub kilka jednostek, niż n soku żołądkowego. Nie można było stwierdzić jakiejkolwiek ściślejszej zależności pomiędzy wskaźnikiem refraktometrycznym śliny, a jej ilością, lub też wskaźnikiem refraktometrycznym i ilością soku żołądkowego. Natomiast pomiędzy ciężarem właściwym śliny, a jej wskaźnikiem załamania światła istnieje daleko idąca zależność, a mianowicie, liczby c. w. i n są (w znacznych granicach) proporcjonalne. Mimo to spostrzega się dość często wyjątki od tego prawidła, mianowicie, w niektórych przypadkach większemu c. w. śliny odpowiadało mniejsze nieco n, zaś w innych przypadkach z mniejszym c. w. n było większe. Jak wykazały próby chemiczne na zawartość białka i azotu pozabiałkowego, na tę, niewielką zresztą, rozbieżność pomiędzy c. w. a n śliny często wpływało odmienne stężenie ciał białkowych, jako posiadających bardzo znaczny wskaźnik refraktometryczny przy stosunkowo niewielkim ciężarze gatunkowym.

Napięcie powierzchniowe (s) śliny wahało się pomiędzy 22,9 a 24,1, wynosząc przeciętnie 23,5. W znacznej większości przypadków wahania s nie wykraczały ponad 0,3—0,4 w jedną lub drugą stronę od liczby przeciętnej. Jak wykazały inne pomiary fizyczno-chemiczne oraz ilościowe badania składu chemicznego śliny, jej napięcie powierzchniowe nie jest zależne od stężenia poszczególnych składników chemicznych ani też od ciężaru właściwego, wskaźnika refraktometrycznego, lepkości itd. Nie bacząc na znaczną różnicę w składzie chemicznym poszczególnych ślin, ich napięcie powierzchniowe było prawie jednakowe. Ta stałość napięcia powierzchniowego śliny jest, bodaj jej najbardziej zastanawiającą właściwością. Trudno wytłumaczyć sobie, w jaki sposób poszczególne ustroje utrzymują tę niemal stałą wielkość napięcia powierzchniowego w wydzielinie, ulegającej znacznym wahaniom osobniczym pod względem wszelkich innych cech fizyczno-chemicznych i chemicznych. Ponadto zasługują na baczną uwagę same bezwzględne wartości s, które są stanowczo małe, w każdym razie mniejsze, niż tego można byłoby spodziewać się po płynie o tak znacznej pienistości. Do niedawna uważano, że zdolność każdej cieczy do tworzenia piany jest odwrotnie proporcjonalna do jej napięcia powierzchniowego, t. j., że im większe jest nap. pow., tem mniejsza jest pienistość płynu i przeciwnie. Jednakże ostatnie badania Ostwalda i Steinera 21) nad pienistością pewnych emulsji mineralnych wykazały, że płyny o wielkiem nap. pow. moga odznaczać się wielką zdolnością do tworzenia piany i, że obniżenie ich nap. pow. może niekiedy wywołać zmniejszenie się tej zdolności. Bartsch 22) przeciwstawia się powyższemu twierdzeniu Ostwalda i przychodzi na zasadzie swoich doświadczeń do wniosku, że nap. pow. i pienistość są jednak właściwościami zależnemi jedna od drugiej i, że wielkość jednej z nich wzrasta w miarę zmniejszania się wielkości drugiej z nich. Muszę zaznaczyć, że i ja stwierdzałem we wszystkich zbadanych przezemnie dotychczas płynach ustroju wyraźną zależność wzajemną pomiędzy wielkością nap. pow., a pienistością. Ślina stanowi pierwszy wyraźny wyjątek od tego prawidła. Tylko w jednym przypadku ciężkiego zatrucia morfiną, s śliny było znacznie większe, niż liczba przeciętna, mianowicie, dochodziło do 28,7. Wszelkie inne cechy śliny w tym przypadku nie różniły się wyraźnie od innych przypadków, z wyjątkiem, być może, dość wysokiego stężenia chlorków. Nasuwa się przypuszczenie, że w tym przypadku na znaczne odchylenie nap. pow. śliny od prawidła wpłynęło zatrucie morfiną, które zmniejszyło chwilowo czy też na czas dłuższy zdolność ustroju do regulowania nap. pow. śliny. Jak już zaznaczyłem powyżej, trudno powiedzieć obecnie, jakie czynniki wpływają na ujednostajnienie nap. pow. śliny. Jednakże zdaje się nie ulegać wątpliwości, że *ta stała, niemal jednakowa u różnych osobników wielkość napięcia powierzchniowego śliny nie jest rzeczą przypadku i, że zarówno ta stałość jako też stosunkowo znaczną*

***) v oznacza iloraz otrzymany przez podzielenie czasu (zmierzonego przy pomocy chronometru) przeciekania badanego płynu przez czas przeciekania wody przekropolonej przy t^0 20^0 C.

[1]) Za możność korzystania z materjału II Kliniki, wyrażam Panu Profesorowi Gluzińskiemu moje podziękowanie.

Nr. kolejny	Nr. przyp.	Imię, nazwisko, płeć, wiek, rozpoznanie	Ilość otrzymana w ciągu 1 godz.		η		ς		γ		% chloru		% Na Cl		% mocznika		% azotu pozabiał.		Śluz (macyna)		Białko		Próba biuretowa		Ciężar gatunkowy	
			śliny	treść żoł.	śliny	treść żoł.	śliny	treść żoł.	śliny	treść żoł.	śliny	treść żoł.	śliny	treść żoł.	śliny	treść żoł.	śliny	treść żoł.	śliny	treść żoł.	śliny	treść żoł.	śliny	treść żoł.	śliny	treść żoł.
1	6	A. J. ♂ l. 31 Ulcus duodeni	160	156	18,1	19,8	22 9	28,9	1,29	1.19	0,294	0,355	0 485	0 049	0,010	0,007	—	—	++	—	((+))	((+))	((+)) niel	(+)cz	10045	10056
2	13	I. W. ♂ l. 32 „ „	145	98	16,3	18,9	23,9	27 1	1,31	1,15	0,170	0,369	0,281	0,446	0,010	0,006	0.019	0.010	++	—	—	—	—	+ cz	10023	10056
3	29	J. P. ♂ l. 32 „ „	129	138	17 05	20,3	23 8	24 0	1,36	1.19	0,115	0,432	0,190	0,203	0,008	0 009	0 031	0 031	++	—	—	(+)	—	++cz	1004	10068
4	31	M. P. ♂ l. 57 „ „	164	157	17,0	20,4	23,7	23,8	1 39	1,17	0,114	0,496	0,188	0,393	0.042	0,018	0,043	0 039	+++	—	—	+	—	++cz	10047	10062
5	35	A. G. ♂ l 41 „ „	67	57	17,24	21.23	23 8	27,4	1,32	1,22	0,135	0,385	0 223	0.472	0,013	0,007	0 027	0,036	+++	+	—	+	—	++cz	10041	10064
6	9	A. F. ♂ l. 46 „ parapyl.	148	70	18,0	19,0	22,6	22 5	1'27	1,12	0,100	0.576	0,165	0,191	0,012	0 012	0,018	0,041	++	(+)	(+)	+	—	++cz	10048	10076
7	11	F. G. ♀ l 59 „ ventricul	128	59	16,8	18,2	23,9	30,1	1,51	1,16	0,269	0,397	0,443	0.432	0 025	—	0,039	0 015	+++	—	((+))	—	—	(+)cz	10032	10045
8	22	L. L. ♂ l. 50 Ul. ventr. juxtapp.	93	112	18,0	20.79	23,9	24,0	1,48	1,25	0,140	0,380	0,231	0,206	0,018	0,012	0,031	0,057	+++	+	(+)	+	—	++cz	10043	10070
9	24	A. R. ♂ l. 48 Ulcus ventriculi.	100	126	20,0	19,0	23,3	29,7	1,29	1,14	0,284	0,383	0 469	0,487	0,015	0 010	0 029	0,055	++	+	(+)	(+)	—	(+)cz.n	1006	10051
10	25	A. Z. ♂ l. 58 „ „	168	156	18 8	21,6	23,8	23,3	1,29	1,18	0,148	0 386	0,244	0 292	0,017	0,012	0,037	0,049	++	(+)	—	+	—	++cz	10059	10072
11	30	J. G. ♂ l. 48 „ „	148	76	16 83	21.1	23,7	25,9	1,34	1,17	0,083	0 421	0.137	0,485	0,018	0,012	0,039	0,079	++	++	—	+	—	+cz	10032	10061
12	33	F. K. ♀ l. 46 „ „	163	124	16,36	20 18	23,5	23,2	1,27	1 19	0,096	0,412	0 158	0,276	0,014	0,009	0.036	0,046	++	—	((+))	+	—	++cz	10035	10062
13	19	L. T. ♂ l. 46 gastrit. acida	98	96	18.22	21,0	23,7	24,9	1,17	1,15	0,099	0,312	0,163	0,163	0,009	0,012	0,017	0,073	++	++	—	+	—	(+,cz	1004	10052
14	32	Sz. B. ♂ l. 30 „ „	125	112	16.96	19,79	23,6	24 9	1,36	1,15	0 103	0.382	0,170	0,343	0,010	0,005	0,021	0,021	++	++	—	((+))	—	+cz	10039	10064
15	34	F Z ♀ l. 22 „ „	218	131	17 06	19,77	23,4	25,6	1.36	1,16	0,121	0,315	0,200	0 274	0.007	0,003 ?	0,012	0,041	++	+	(+)	+	—	+cz	10037	10071
16	12	A. M. ♀ l. 36 „ „	125	92	18,8	18,88	23 7	25,3	1 31	1,50	0 095	0,310	0,157	0 277	0,010	0,006	0 014	0,027	++	++	—	(+)	—	(+)cz.n	1005	10069
17	18	K. P. ♀ l. 58 „ subac.	38	36	18,62	19,4	22.9	28 3	1 26	1,13	0,170	0,284	0,281	0,388	?	0,010	0,023	0 069	++	+	(+)	+	—	(+)n.	10042	10050
18	27	Z. Sz. ♀ l. 24 „ „	65	42	17.34	22,0	22 6	30 5	1,16	1,25	0,142	0,412	0,234	0 627	0,013	0,005	9,029	0 057	++	+	—	(+)	—	—	10026	10082
19	21	A. O. ♀ l. 20 neurosis ventr.	168	146	17,0	19,1	23,5	26,4	1,49	1,21	0,138	0,320	0,228	0 234	0 012	0,010	0 031	0,037	+++	(+)	(+)	+	—	(+)cz.n	10036	10052
20	23	J. M. ♂ l. 27 „ „	66	64	18 1	20,3	23,5	25,4	1,35	1,16	0 170	0 284	0,281	0 259	0,012	0,006	0,032	0,029	++	(+)	—	(+)	—	((+))cz.n	10041	10063
21	8	A. O. ♂ l. 35 carc. pyl exulc.	129	138	17,0	24,5	23 8	31,9	1,12	1,27	0,105	0,355	0 173	0,124	0 012	0,008	0,017	0,196	++	++	(+)	++	—	++ n	10035	10089
22	16	J. T. ♂ l 59 carc. ventr.	78	42	20,12	23,5	23,6	30 0	1,30	1,40	0,369	0,284	0,609	0,469	0 040	0,048	0 068	0,199	++	++	(+)	++	—	++c.n.	10068	10094
23	36	J. C. ♂ l 47 „ „	45	19	18,95	24,05	23 9	29,3	1,37	1,43	0,115	0,327	0,190	0,508	0,025	0.018	0,049	0,176	++	++	(+)	+	—	+ n.	10047	10084
24	10	Ch. Sz. ♀ l. 30 gastroptosis	36	55	18.2	19,7	23,6	27,3	1,13	1,19	0,176	0.426	0,290	0,439	0 006	0,006	0 013	0,047	++	+	((+))	+	—	+cz	1004	10055
25	14	S. O. ♀ l. 58 „	28	48	16,2	19,78	23,7	32.1	1,15	1,35	0,178	0,275	0 294	0 348	0 024	0,013	0.039	0,054	++	—	—	+	—	—	1003	·10051
26	28	J. J. ♂ l 29 hypotonia v.	218	48	18.54	21,8	23,8	29 6	1,50	1,97	0,270	0,486	0,446	0,422	0 009	0.005	0,034	0 052	+++	+	+	++	—	++cz	10042	1007
27	3	G. N. ♀ l. 58 oesophagospasm.	120	25	17,25	20 36	23,7	25 9	1,42	1,14	0.142	0,212	0,234	0,234	0,013	0,010	0,029	0,043	+++	+	(+)	(+)	((+))n.	+cz	10051	10074
28	17	M B. ♀ l. 70 „ et oesophagit	54	49	16,95	19,4	23,8	26,2	1,29	1 18	0,139	0,276	0 227	0.256	0 048	0,020	0 079	0,052	++	+	((+))	(+)	—	(+)cz.n	1003	10051
29	4	J. K. ♂ l. 34 icter. luet.	24	20	17,9	22.2	24 1	26,6	1,29	1,15	0.110	0 287	0,181	0.358	0,010	—	—	—	++	++	—	+	—	+ n.	10045	1007
30	5	K. Cz. ♂ l. 28 Llambliasis	150	115	17,2	18,6	22 0	32,0	1,33	1,12	0,155	0 355	0,256	0,459	0,009	0,008	—	—	+++	—	+	((+))	—	(+)n.	1005	1007
31	7	H. Sz. ♂ l. 42 cholelithiasis.	48	36	17,3	20,36	22,9	27,9	1,18	1.14	0,112	0 198	0,185	0,173	0,006	0,006	0,014	0,047	++	+	+	+	—	+cz.n	10048	1007
32	15	F. K. ♀ l. 26 „ „	45	32	17,78	19,35	23,7	30,2	1 31	1 15	0,142	0,402	0 234	0,490	—	0,008	0,015	0,038	++	+	(+)	+	—	+cz.n	10036	1006
33	26	M. P. ♀ l. 60 „ „	135	118	17,48	19.34	24,0	28.1	1,26	1,14	0,355	0.383	0 586	0,467	0.046	0,015	0,078	0 086	++	+	—	+	—	+cz.n	1004	10061
34	20	E. B. ♂ l. 27 tbc. cocci	63	42	18,89	19.75	24,0	28,9	1.23	1,10	0,113	0.341	0,186	0,317	0,010	—	0,023	0 029	++	—	—	+	—	++cz.n.	10052	1006
35	2	J. W. ♂ l. 23 st. pos. int. c. morph.	180	45	17.2	21 0	28,7	27,0	1 17	1,14	0,107	0,426	0,177	0,656	0 007	0,012	0,017	0,047	++	++	+	+	((+))n.	+ n.	1006	1009
			3845	2880	619,54	714,43	829,0	954,2	45,63	42,01	5,574	12,644	9,196	12,136	0,540	0,348	1,003	1 878							351460	352295
		przeciętnie . . .	110	82	17,71	20,41	23,5	27,3	1,34	1,20	0,159	0,361	0,263	0,347	0,016	0,010	0,031	0,059							10042	10066

wielkość bezwzględna nap. pow. śliny gra dużą rolę w przygotowywaniu spożytego pokarmu do mającego dalej nastąpić trawienia zaczynowego. Dzięki wprowadzeniu poglądów i metod fizyczno-chemicznych do badań biologicznych wiemy obecnie, że wielkość nap. pow. ma bezsprzecznie duże znaczenie dla prawidłowego działania zaczynów[2]).

Lepkość (v) śliny wahała się w granicach o wiele rozleglejszych, mianowicie, pomiędzy 1,12 a 1,51, wynosząc przeciętnie 1,34. To są wahania tak wielkie, że nie może być mowy o jakiejś wyraźnej tendencji wydzieliny jamy ustnej do utrzymania swej lepkości w ścisłych granicach. Lepkość śliny była najczęściej większa od lepkości soku żołądkowego, wydobytego naczczo w odnośnym przypadku; jedynie w przypadkach raka żołądka oraz w cięższych postaciach nieżytu śluzowego żołądka, lepkość soku żołądkowego była większa od lepkości śliny. Próby chemiczne na mucynę i (inne) białka oraz badania ilościowe na stężenie pozabiałkowych ciał azotowych wykazały, że lepkość śliny zależy w głównej mierze od zawartości tychże ciał. Ilość śliny, jej ciężar właściwy, wskaźnik refraktometryczny, zawartość chlorków z jednej strony, a jej lepkość z drugiej strony nie zdają się być wielkościami zależnemi jedna od drugiej.

Stwierdziłem także bardzo znaczne wahania stężenia chlorku w ślinie. Najmniejszą zawartość chloru (0,083%) wykazywała ślina w jednym przypadku wrzodu przyodźwiernikowego, zaś największą (0,369%) w jednym przypadku raka żołądka, przeciętnie stężenie chloru wynosiło 0,159%. W znacznej większości przypadków zawartość chloru w ślinie było o wiele mniejsze, niż w soku żołądkowym, wynosząc około $^1/_3$—$^1/_5$ stężenia chloru w tejże. Jedyny wyjątek stanowił przytoczony powyżej przypadek raka, w którym stężenie chloru w soku żołądkowym (0,284%) było mniejsze, niż w ślinie. W tym przypadku miało miejsce bardzo znaczne upośledzenie wydolności wydzielniczej żołądka, co tłumaczy niewielką stosunkowo zawartość chloru w soku żoładkowym; daleko trudniej zrozumieć, dla czego w tym właśnie przypadku stwierdzono tak znaczną zawartość chloru w ślinie. Być może, że w tym przypadku zachodziła pewna, na drodze odruchowej lub humoralnej wywołana, zastępcza czynność gruczołów ślinowych w kierunku uzupełniania zbyt małej (stosunkowo) zawartości chloru w treści żołądka. Przypadek ten jest zresztą odosobniony, gdyż u innych chorych, dotkniętych rakiem żołądka, tego zjawiska nie spostrzegałem.

Jeżeli obliczyć chlorki zawarte w ślinie, jako chlorek sodu i zestawić liczby w ten sposób otrzymane z zawartością chlorków obojętnych w soku żołądkowym, również obliczonych, jako chlorek sodu (p. w.), to stwierdza się, że stężenie chlorków obojętnych w ślinie nie jest o wiele mniejsze, niż w soku żołądkowym (w ślinie — przeciętnie 0,263%, w soku żołądkowym — 0,347%). W jednym przypadku wzmożonego wydzielania nadkwaśnego soku żołądkowego (wrzód dwunastnicy) zawartość chlorków obojętnych w ślinie była nawet znacznie większa, niż w soku żołądkowym. Jest to zrozumiałe, gdyż w tych przypadkach znacznie przeważająca część anjonów chlorowych, zawartych w soku żołądkowym, wchodzi w skład kwasu solnego, zaś chlorków obojętnych może być w takich nadkwaśnych sokach stosunkowo mało. W innym znowuż przypadku w którym stężenie NaCl było większe w ślinie, niż w treści żołądkowej, chodziło o wyżej wymienionego chorego z rakiem żołądka oraz z wybitnie upośledzoną wydolnością wydzielniczą śluzówki żołądka.

W 33 przypadkach na 35 zbadanych, stwierdziłem w ślinie większą, lub mniejszą zawartość mocznika, mianowicie, od 0,005% do 0,048%, przeciętnie 0,016%. Największe stężenie mocznika wykazuje ślina ludzi starszych, powyżej 45—50 lat. Jakkolwiek nie określałem stężenia mocznika we krwi tych chorych, to jednak przypuszczam, na podstawie wyżej przytoczonych badań Hencha i Aldricha, Landsberga i inn., że w tych przypadkach miało miejsce pewne zatrzymanie mocznika we krwi, które z kolei odzwierciadlało się we wzmożonem stężeniu mocznika w ślinie. W soku żołądkowym stężenie mocznika było często wyraźnie mniejsze, niż w ślinie; w 3 przypadkach na 35, sok żołądkowy mocznika nie zawierał wcale, zaś w całym szeregu innych przypadków stwierdziłem w nim zaledwie ślady mocznika, z trudnością dające się uchwycić metodą wolumetryczną.

Stężenie azotu pozabiałkowego w ślinie i soku żołądkowym określałem w 32 przypadkach, przyczem okazało się, że ślina często zawierała azotu pozabiałkowego wyraźnie więcej, niż to odpowiadało azotowi mocznika. Stężenie azotu pozabiałkowego wynosiło conajmniej 0,012% (u 22-letniej kobiety z kwaśnym nieżytem żołądka), najwięcej 0,070% (u 70-letniej kobiety ze stanem zapalnym i zwężeniem (ewtl. rakiem) przełyku, przeciętnie 0,031%. Zależność stężenia azotu pozabiałkowego w ślinie od wieku badanego osobnika występowała w poszczególnych przypadkach mniej wyraźnie, niż to miało miejsce ze stężeniem mocznika. Prawdopodobnie na stężenie azotu pozabiałkowego w ślinie wpływają również pewne czynniki mniej zależne od składu krwi, jako to: produkty rozkładu resztek pokarmowych pozostałych w jamie ustnej przez noc, pewne ciała azotowe, wydzielane przez gruczoły ślinowe itd. Jednakowoż należy zaznaczyć, że w ogóle przypadków stężenie ciał azotowych w ślinie było większe u ludzi starszych. W soku żołądkowym było u jednego osobnika mniej azotu pozabiałkowego, u drugiego więcej, niż w ślinie. To zjawisko, nie może zadziwić, gdyż stężenie azotu pozabiałkowego w treści żołądkowej, będące przedewszystkiem wyrazem hydrolitycznie rozszczepionego białka pokarmowego względnie śluzu żołądkowego itd., jest wielkością zupełnie niewspółmierną ze stężeniem azotu pozabiałkowego we krwi, a tem samem (pośrednio) ze stężeniem tegoż w ślinie, zależnego zresztą jeszcze od innych czynników (p. w.). Śluzu (mucyny) ślina zawierała stale ilości nader pokaźne. Nie można było stwierdzić żadnej zależności pomiędzy zawartością mucyny w ślinie, a zawartością tejże w treści żołądkowej względnie rodzajem i natężeniem sprawy chorobowej żołądka.

W 20 przypadkach na 35, ślina zawierała ślady minimalne lub nieco wyraźniejsze białka, dającego się wykazać za pomocą 20%-owego kwasu sulfosalicylowego.

Próba biuretowa w ślinie wypadała w większości przypadków słabo dodatnio (odcień niebieskawy) albo też ujemnie.

Zbierając razem wyniki badań powyższych, stwierdzam, co następuje:

1. Najbardziej stałą ze wszystkich właściwości fizyczno-chemicznych śliny jest jej napięcie powierzchniowe. W rozmaitych schorzeniach żołądka napięcie powierzchniowe śliny, mierzone stalagmometrem Traube'go, odbiega zaledwie o jedną kroplę lub o odłamek kropli od liczby przeciętnej, czyli wykazuje zadziwiającą stałość.

2. Napięcie powierzchniowe śliny jest znacznie wyższe, niż można byłoby spodziewać się po cieczy o tak wielkiej zdolności do tworzenia piany.

3. Ilość śliny, wydzielanej pod wpływem tego samego bodźca, waha się wielce u różnych osobników. W większości przypadków stwierdza się pewną, niezbyt ścisłą zresztą, zależność pomiędzy ilością śliny, a ilością soku żołądkowego, wydzielanych pod wpływem tego samego bodźca, a mianowicie: w przypadkach wzmożonego wydzielania soku żołądkowego często spostrzega się nadmierne wydzielanie śliny i przeciwnie, w przypadkach upośledzonego wydzielania soku żołądkowego, ślina również wydziela się często (ale nie zawsze), w ilości zmniejszonej.

4. Ciężar właściwy i wskaźnik załamania światła śliny nie pozostaje w ścisłym stosunku do jej ilości. Mimo to w znacznej liczbie przypadków spostrzega się, że c. w. i wskaźnik refraktometryczny są mniejsze przy wzmożonem ilościowo wydzielaniu śliny. Często jednak zdarza się, że skąpa ilościowo ślina wykazuje także stosunkowo niewielki ciężar właściwy i wskaźnik refraktometryczny.

5. Stężenie chloru w ślinie nie wykazuje wyraźnego ilościowego ustosunkowania się do stężenia tegoż w soku żołądkowym.

6. Ślina zawiera prawie zawsze ślady mocznika. Stężenie tegoż jest często większe u osobników starszych, co w myśl badań szeregu autorów (p. w.) pozostaje w związku z większem stężeniem mocznika we krwi tychże osobników.

7. To samo odnosi się *mutatis mutandis* (p. w.) do zawartości azotu pozabiałkowego w ślinie.

Piśmiennictwo:

1) L. Asher: Kl. Wft. 4, 21, 1925. — 2) Clifford: Bioch. Journ. 19, 2, 1925. — 3) Grisogani i Nazzareno: Atti d. real. ac, 6, 1, 10, 1925, cyt. wg. Ber. ueb. die ges. Physiol., 35, 3/4. — 4) V. de Laurenzi: Ibidem. — 5) Hench i Aldrich: Journ. of The Amer. Med. Ass., 15. XII. 1923. — 6) Updegraaf i Lewis: Journ. of Biol. Chem. 61, 3, 1924. — 7) Collin i Isaacs: Am. Journ. of diseas. of childr. 29, 1, 1925. — 8) Landsberg: Kl. Wft. 1925. — 9) Desgrez, Moog i Gabriel: Cmpt. r. hebd. d. s. de l'ac. d. sc. 181, 21, 1925. — 10) Simmel i Kuentscher: D. m. W. 51, 46, 1925. — 11) Jochweds: Warsz. Cz. Lek., 1924. — 12) Lickint: Zft. f. kl. Med. 100, 5, 1924. — 13) Schreiber: Bioch. Zft. 163, 1/3, 1925. — 14) Sacchetto: Bioch. e terap. sperim. 11, 8, 1924, cyt. wg. Ber. ueb. d. ges. Phys. 30, 7/8. — 15) Biernacki: Zft. f. kl: Med: 120, 1892. — 16) Sticker: cyt. wg. Delhougne'a, Kl. Wft. 52, 1926 — 17) Delhougne: l. c. — 18) H. Strauss: cyt. wg. Schade, Physik. Chem.

---

[2]) v. S. Cytronberg, Polska Gazeta Lekarska, 1925, Nr. 50 i 51.

in d. inn. Med. 1921. — 19) Brunacci: Arch. di Fisiol. 8, 421, 1910. — 20) Jutte: Ther. Monatsch. 8, 1921. — 21) Ostwald i Steiner: Koll. Zft. 36, 1925. — 22) Bartsch: Ibidem, 38, 2, 1926.

Dr. Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

Przyczynki do kliniki kiły wrodzonej.

Ze szpitala Karola i Marji w Warszawie. Lek. nacz. doc. Wład. Szenajch.

Dokończenie.

Przypadek opisany porusza kwestję interpretacji dodatniego odczynu Wassermanna w płynie mózgowym. (Wiadomo, że płyn mózgowy chemicznie i cytologicznie bardzo zmieniony zawiera przeciwciała kiłowe w tej samej koncentracji co krew, przeciwnie płyn mózgowy mało zmieniony daje w dawkach tych samych co surowica odczyn ujemny, ponieważ przeciwciała są bardzo rozpuszczone. Stosownie do tej zasady płyn naszej chorej był badany w poszczególnych wzrastających dawkach). Tak szkoła Babińskiego, jak i Guy Laroche stwierdzają, „że dodatni odczyn Wassermanna w płynie mózgowym bezwzględnie dowodzi istnienia kiły w organiźmie badanego chorego. Nie przesądza, czy ta, lub owa zmiana jest natury kiłowej".

Podczas gdy niektórzy autorzy, jak Krämer, Plaut, obserwując w przebiegu *meningitis tuberculosa*, lub *epidemica* występowanie odczynu Wassermanna w płynie mózgowym, traktowali to zjawisko obojętnie, jako błąd odczynu, Gougerot i Milian nastają natarczywie na ważność tego zjawiska, jako objawu reaktywacji kiły utajonej (znanej, lub nieznanej) pod wpływem urazu humoralnego ostrego zakażenia (gruźlicą, dwoinkami Weichselbauma czy Fränkla, płonicą i t. p.). Gougerot otrzymywał wyraźną reaktywację kiły wskutek wstrzykiwań śródżylnych szczepionki Nicolle'a przeciw bakterjom Ducreya. Chodzi tu o działanie biotropiczne substancji chemicznej szczepionki, lub mikrobów na pasorzyta kiłowego. Dujardin i Dumont otrzymywali w normalnym płynie mózgowym objawy podrażnienia zapalnego pod wpływem wprowadzania do kanału kilku cm^3 wody przekroplonej. Autorzy dopatrują się w tem doświadczeniu praktycznej wartości dla celów rozpoznawczych, a mianowicie możności reaktywacji płynu mózgowego i prowokowania przeciwciał kiłowych w płynie mózgowym, którego odczyn Wassermanna przedtem był ujemny.

Jakkolwiek nie można bezwzględnie wykluczyć, że w przypadku naszym zakażenie meningokokami mogło nastąpić późno tj. po odrze, jako zjawisko t. zw. parallergji, w znaczeniu Moro, to jednak jednolitość obrazu klinicznego zapalenia oponowego przed i po odrze każe oczywiście niemal z pewnością przyjąć fakt istnienia *meningitis epidemica* od początku choroby, ujemny zaś wynik bakterjologicznego badania każe raczej przypisać okoliczności łagodnego przebiegu sprawy i szybkiej tendencji do wchłaniania wysięku zapalnego ropnego, jakoteż słabej jadowitości nie wyrastających mikrobów, wreszcie trudnościom technicznym, w tych warunkach oczywistym. I ten właśnie nieulegający wątpliwości fakt łagodnego przebiegu zapalenia opon mózgowych u dziecka kiłowego nota bene w sezonie, w którym równocześnie kilka obserwowanych, wcześnie specyficznie leczonych przypadków drętwicy zakończyło się fatalnie, zasługuje na uwagę i zmusza do chęci dopatrywania się związku przyczynowego ze stwierdzoną kiłą wrodzoną dziecka. Należy przyjąć, że w przypadku tym kiła wrodzona ukryta była bodźcem dla organizmu do łatwiejszego wytwarzania bliznowatej tkanki łącznej.

Wszystkie cztery przytoczone przypadki poruszają wspólnie zagadnienie terenu w patologji chorób zakaźnych. Wiadomo powszechnie, że w klinice takiej choroby zakaźnej jak gruźlica nie na każdym gruncie posiane ziarno gruźlicy przyjmie się i da plon anatomo-patologiczny. Jak rzadko spotyka się gruźlicę trzustki u człowieka, czy u świnki — jak często gruźlicę płuc, nerek, kiszek, śledziony, błon surowiczych! Gruźlica wymaga szeregu warunków fizycznych, fizjologicznych, chemicznych, chętnie przyjmuje się na podłożu bogatem w pewne substancje wyciągowe, jak kreatynina, arnozyna, sarkozyna, inozyt, glukoza, glikokol. Gruźlica w cukrzycy jest klasyczna, bo choroba ta specjalnie powoduje rozkład mineralny i ponieważ glikemja stanowi doskonałe podłoże dla rozwoju gruźlicy.

Już dawno zauważył Landou'y i uczeń jego Jacquinet, że gruźlica, posiana na gruncie kiłowym, przybiera szczególnie często postać przewlekłą, włóknistą i bliznowatą. Potwierdzili to spostrzeżenie uczeni tej miary co Sergent i Letulle. Sprawa ta stanowi jeszcze ciągle temat do dyskusji, teorja Sergenta ma zwolenników w osobach Queyrat'a, Manonceliau, Pinarda, przeciwników w Renaud i t. p.

Jeżeli nie we wszystkiem klinika harmonizować musi z anatomją patologiczną, to nie widzę powodu, aby w cechach anatomicznych guzka kilakowego i gruzełka nie doszukiwać się już znamion, uprawniających do pewnych wniosków klinicznych. Wiadomo, że budowa guzka kilakowego różni się od gruzełka głównie wybitniejszem występowaniem fibroblastów i tkanki łącznej włóknistej, silniejszą konsystencją i odpornością na serowatą topliwość, właściwą gruzełkom. Wreszcie w związku z większą ilością substancji międzykomórkowej włóknistej kilaki trudniej ulegają martwicy. Nawet w zserowaciałych kilakach jak przez mgłę prześwieca pod mikroskopem widoczny włóknisty charakter, właściwy budowie tkanki kiłowej.

Skuteczna metoda Wagnera leczenia kiły malarją pobudziła Zakład serologiczny Doc. Breinla i klinikę Prof. Kreibicha w Pradze do sztucznego wywoływania gorączki przez wstrzykiwanie *„virus rocky-montains-spotted fever"* królikom, zakażonym kiłą. W większości przypadków obserwowali autorzy szybszą resorbcję szankra. W kilku przypadkach widzieli zupełne wyleczenie.

Jeżeli na przebieg kiły może mieć wpływ to, lub owo zakażenie — to naodwrót kiła może mieć wpływ na przebieg i charakter niejednego zakażenia. Bynajmniej nie jest niezbędnem ani w pierwszym, ani w drugim przypadku, aby zachodził fakt zwykłego, banalnego sumowania się dwóch chorób. Wobec właściwego kile bogatego polimorfizmu klinicznego oczywiście nikt nie zdoła nakreślić schematu dla poszczególnych współistniejących z kiłą zakażeń.

Chodziło mi o stwierdzenie, że w 4 przytoczonych przypadkach, z których każdy ma swoją indywidualność kliniczną, mieliśmy się prawo dopatrzeć potwierdzenia poglądów Sergenta o łącznotkankowej tendencji kiły także na materjale dziecięcym dotkniętym kiłą wrodzoną.

Sprawa związku połowiczego porażenia dziecięcego z kiłą wrodzoną stanowi od dość dawna przedmiot ożywionej polemiki. Podczas gdy szkoła francuska z Fournierem, Massolem, Savym, a w ślad za nimi szkoła włoska z Vaglio wypowiadają się żywo za istnieniem związku przyczynowego między porażeniem połowiczem a kiłą wrodzoną u dzieci — szkoła niemiecka z Foersterem, Freudem, Königem, Youngem, B. Sachsem i szkoła skandynawska z Nili Silfverskioldem przeczy kategorycznie istnieniu jakiegokolwiek związku. W r. 1926 ogłosił Babouneix w Archives de Médecine des enfants nowych 12 krótkich spostrzeżeń porażenia połowiczego dziecięcego, z chęcia udowodnienia, że taki związek stosownie do poglądów Fourniera istnieje. Co prawda dla czytelnika krytycznego nie wszystkie te przypadki są dostatecznie przekonywujące. Największym brakiem jest brak choć jednego badania pośmiertnego.

Przed 3 miesiącami miałem sposobność obserwować przypadek następujący:

Dnia 9. II. 1927 r. przybywa do szpitala Jadwiga D. lat 2. Dotąd żadnych chorób nie przebywała. Zaczęła chodzić w 16-ym miesiącu życia. Przed tygodniem wystąpiło kurczowe porażenie połowicze lewostronne całkowite bez najmniejszego podniesienia ciepłoty. Dziecko przytomne. Gałki oczne wykazują oczopląs wahadłowy Uhthoffa. Badanie wziernikiem (D. Matusewiczówna) stwierdza normalne dno oka z delikatnem pigmentowaniem siatkówki (Tabakbestreung). Odczyn Pirqueta ujemny, z luetyną ujemny. Odczyn Wassermanna we krwi mocno dodatni, w płynie mózgowym ujemny. Badanie płynu mózgowordzeniowego bez zmian. Krew: Hemoglobiny 48%, Czerw. ciałek 4.208.000. Białych ciałek 12.250. Refrakt.: 1.3478 (6.85% białka). Wielojądrzastych 66%. Limfoc. 42%. Przejściowych 2%. Mocz bez zmian. Odruchy ścięgniste wzmożone. Brak zmian w czuciu. Stan dziecka przez tydzień względnie dobry. Nagle 16. II. stwierdza się podniesienie ciepłoty i zapalenie płuc prawostronne. Stolce przez cały czas choroby stałe, sformowane.

Dnia 18. II. przedstawiając ten niepospolity przypadek na posiedzeniu szpitalnem lekarzy, ustaliłem rozpoznanie: Porażenie połowicze torebkowe lewostronne na tle swoistego zapalenia naczyń mózgowych u osobnika z kiłą wrodzoną. Oczopląs. Zapalenie odoskrzelowe prawego płuca.

Tegoż dnia popołudniu *exitus letalis*.

Dnia 21. II. wykonana sekcja zwłok (Dr. Półtorzycka) stwierdziła: *„Encephalomalacia circumscripta in regione capsulae et claustri lateris dextri. Loci anaemico-necrotici nucleorum basalium. Enterocolitis ulcerosa. Infarctus anaemici multiplices renis dextri. Venostasis hepatis, lienis et renum. Infiltratio adiposa hepatis. Bronchopneumonia posterior, superior dextra. Dilatatio cordis totius. Anaemia myocardii"*.

Badanie mikroskopowe (Dr. Półtorzycka): Mózg: „W okolicy zwojów podstawowych torebki wewnętrznej i zewnętrznej widoczne są makroskopowo ogniska szaro-różowawe, wystające nad powierzchnią, niezbyt wyraźnie odcinające się od otoczenia. Ogniska te są mnogie i drobne, wielkość ich waha się od łepka szpilki do ziarna soczewicy na przekroju, są one miękkie.

Mikroskopowo ogniska opisane przedstawiają się jako drobne rozsiane ogniska rozmiękania *(encephalomalacia)*, które są nadziane licznemi komórkami fagocytującemi (Kugelzellen). W otoczeniu w tkance mózgowej znajdujemy drobne naczynia żylne, dookoła nich zaś nacieki, składające się z limfocytów. Zmian naczyniowych w postaci *endarteritis obliterans* w zbadanych skrawkach nie spostrzegano.

Nerka. Liczne ogniska trójkątne zawałów anemicznych, otoczone wałem z białych ciałek krwi. Ogniska te są przeważnie wielkości minimalnej. Na wierzchołku większych stożków znajdujemy gdzie niegdzie zakrzepy w naczyniach doprowadzających krew do danego odcinka.

W tkance nerkowej, otaczającej owe zawały, znajdujemy wysięk surowiczy w kłębkach pod torebką Bowmanna, rozpad komórek i zatarcie rysunku pętli naczyniowej niektórych kłębków. Zmiany te występują ogniskowo, grupują się głównie dookoła ognisk martwiczych. Zmiany miąższowe w nabłonkach kanalików krętych.

Wątroba: Wybitne zmiany tłuszczowe w komórkach wątroby na obwodzie zrazików, doprowadzające do martwicy poszczególnych komórek. Ogniska martwicy znajdujemy również dookoła żyły centralnej w środkach zrazików.

Na podstawie obrazów mikroskopowych rozpoznajemy: W mózgu: *Foci multiplices encephalomalaciae in regione nucleorum basalium, capsulae internae et externae lateris dextri.* W nerce: *Infarctus anaemici multiplices renis. Glomerulonephritis dispersa.* W wątrobie: *Infiltratio adiposa degenerativa hepatis.*

Przyczynę powstania opisanych zmian widzę w uszkodzeniu śródbłonków drobniutkich naczyń zarówno w mózgu jak i w nerce przez jakiś czynnik toksyczny wspólny dla obu narządów. Być może są one następstwem jakiejś przebytej choroby zakaźnej, jak płonica, lub przewlekłej sprawy zapalnej w jelitach, stwierdzonej na sekcji *(colitis follicularis ulcerosa et pigmentosa)*.

Nie jest wykluczona również możliwość działania w danym przypadku jadu kiłowego, aczkolwiek wygląd makroskopowy narządów ani dotychczasowe badanie mikroskopowe zmian naczyniowych charakterystycznych dla kiły nie wykazało. Badanie narządów metodą Levaditiego na krętki blade dało wynik ujemny".

Z przytoczonych najważniejszych wyjątków protokołów wynika, że rozpoznanie moje kliniczne znalazło potwierdzenie anatomopatologiczne, nie znalazło potwierdzenia etjologicznego. Anatom nie znalazł krętków, któreby mu dały prawo ustalić, że przyczyną stwierdzonych zmian anatomicznych była kiła.

Niema klinicysty, któryby nie poniósł i to nie raz w życiu porażki od anatoma. Raz przekonuje się klinicysta po niewczasie o swoim błędzie w obserwacji, innym razem, że obserwował dobrze, ale źle interpretował, kiedyindziej stwierdza błąd pod względem fizjopatologicznym, anatomicznym, czy etjologicznym. Czasem bywa przeciwnie, że klinicysta odnosi walne zwycięstwo nad anatomem i histologiem patologicznym *(diabetes mellitus, encephalitis lethargica, pertussis, icterus haemolyticus) i t. p.*

Chodzi o to, czy w danym przypadku klinicysta przez brak potwierdzenia swojego rozpoznania klinicznego pod względem etjologicznym poniósł porażkę od anatoma patologicznego, czy nie? Czy na przyszłość w przypadku podobnym to samo rozpoznanie kliniczne ustali, czy nie?

Anatom-patolog przyznaje, że przyczyną zawałów są zmiany w naczyniach, podkreśla jednak, że zmiany te nie są dość charakterystyczne dla kiły i nie wykazują nigdzie obecności krętków bladych. Wypowiada przypuszczenie, że jadem powodującym schorzenie naczyń mogła być płonica, lub stwierdzona anatomicznie sprawa zapalna w kiszkach. Klinicysta w odpowiedzi broni się stwierdzonym za życia dodatnim odczynem Wassermanna we krwi, którego anatom niema (pośmiertne odczyny Wassermanna zostały zdyskwalifikowane). To stanowi dla klinicysty cenne przysłowie: Un tiens vaut mieux, que deux tu l'auras. Dla klinicysty znacznie silniejszym fundamentem prawnym jest pozytywny, mocny fakt stwierdzonego serologicznie zakażenia przewlekłego, jakiem jest kiła, która, choć bezgorączkowo przebiegająca, niemniej jest ciężka. Klinicysta niema żadnego prawa wspominać słowem o płonicy, czy jakiemkolwiek innem ostrem zakażeniu, którego śladu niema ani w obrazie chorobowym, ani w wywiadach. Co do wspomnianej zmiany zapalnej w kiszkach, stwierdzonej przez anatoma, klinicysta wyznaje, że jej nie rozpoznał, podobnie jak nie rozpoznał zawału w nerkach, jakkolwiek niewątpliwie musiał jego odkrycie na sekcji witać z radością jako widomą efektowną analogję sprawy mózgowej. Ani do jednego, ani do drugiego rozpoznania nie miał prawa lekarz za życia, bo ani jedno, ani drugie schorzenie nie dawało żadnych objawów klinicznie uchwytnych. I po sekcji wolno klinicyście uważać argument o schorzeniu kiszek za negatywny, ponieważ doświadczenie kliniczne uczy, że każde zakażenie kiszkowe u małego dziecka, o ile jest poważne, a więc jak w naszym przypadku, prowadzące do śmierci, musi dawać jakieś objawy kliniczne, jeżeli nie w całym przebiegu, to przynajmniej w początku swoim zaznaczyć się podniesieniem ciepłoty, czego w naszym przypadku nie było. Zresztą również przez analogję zmian naczyniowych w mózgu i w nerkach wolno klinicyście wypowiedzieć przypuszczenie, że zmiany anatomiczne w błonie śluzowej kiszek były skutkiem tego samego schorzenia naczyń także w kiszkach.

Najsilniejszym pozytywnym i konkretnym argumentem obrony jest dla klinicysty fakt stwierdzonego za życia dodatniego odczynu Wassermanna we krwi chorego dziecka. Jak ani wzmianka o płonicy, czy o *colitis follicularis* nie może złamać rozpoznania klinicznego — tak samo, zdaniem mojem, nie może tego dokonać argument anatoma o stwierdzonym braku charakterystycznej dla kiły *endarteritis obliterans* i wreszcie o braku krętków bladych w badaniu histologicznem. I do jednego i do drugiego wyroku jest, a jeżeli nie jest, to powinien być klinicysta przyzwyczajony i jeżeli mu zależy na tem, aby być przez anatoma zrozumianym, to naodwrót musi z obowiązku chcieć zrozumieć anatoma w najszlachetniejszem znaczeniu przysłowiowego: tout comprendre, c'est tout pardonner.

Klinicysta musi chcieć wejść w trudności zawodowe i techniczne anatoma patologicznego i naodwrót. Jeżeli anatom patolog najczęściej przyzwyczajony jest widzieć zmiany naczyniowe kiłowe w błonie wewnętrznej, jako t. zw. *endarteritis obliterans luetica*, to najpierw trzeba pamiętać, że do tego przyzwyczaił go internista, jak zresztą on wogóle zwraca pierwszy uwagę anatoma w kierunku potrzeby szukania kiły. Widocznie te zmiany najczęściej dają objawy kliniczne lekarzowi za życia w typowych przypadkach kiły mózgowonaczyniowej, czy naczyniowej dojrzałego wieku młodego. Nie znaczy to jednak, aby ten okres *arteritis* nie miał swojego poprzedniego okresu, w którym inna błona naczyniowa ulega bujaniu zapalnemu. Doświadczenie anatoma patologicznego w każdym przypadku w stosunku do tego rozdziału z anatomji patologicznej jest wprost proporcjonalne do doświadczenia klinicysty, który mu większy lub mniejszy materjał w tym względzie dostarcza i anatom jest od tego doświadczenia w pewnym stopniu zależny Być może, że w *arteritis* dziecka 2-letniego — właśnie obraz stwierdzony przez anatoma w naszym przypadku nie jest wyjątkowy. Czy anatom patologiczny często dostaje od pedjatrów tego rodzaju rozpoznanie kliniczne do analizy? W rozdziale tym dla najbardziej nawet zmanierowanego specjalisty, wyłącznie naczyniowego, istnieje całe mnóstwo trudności i ciemności, które z trudem rozświetla on sobie narazie tylko imaginacją i hipotezą. Czy udowodnił ktokolwiek istnienie specjalnego powinowactwa krętka bladego do tej, lub owej błony tętniczej? Czy nie jest to rzecz przypadku? Najtrudniejsza rzecz znaleźć krętki w naczyniu. Ten sam Sézary, który ostatnią swoją monografją o kile nerwowej wykazał wytrawne znawstwo w zagadnieniu kiły naczyniowej mózgu, wyznaje, że po 2-letn. bez owocnych próbach szukania krętków w tętnicach, raz jeden udało mu się je znaleźć w przypadku *hemiplegia luetica* u 43-letniego mężczyzny. Zmiany anatomiczne dotyczyły w niewielkim stopniu błony wewnętrznej, w wielkim błony zewnętrznej, gdzie również znalazł krętki metodą Bertarellego i Volpino. Sézary spotkał się ze specjalną obrączkową postacią krętków w kilakach naczyniowych i uważa je za typ degeneracyjny pasorzyta w tkance serowatej. Ten sam Sézary pierwszy w piśmiennictwie stwierdził u żyjącego 33-letniego mężczyzny na oddziale Dieulafoy w 1910, w przypadku *hemiplegia luetica* krętka w płynie mózgowym. Trudność znalezienia krętka nie powstrzymywała tego klinicysty od ustalania rozpoznania kiły mózgowej na innych podstawach, tembardziej, że tak wartościowym środkiem pomocniczym w rozpoznaniu etjologicznem jest odczyn Wassermanna. W przypadku, kiedy nawet znajdzie się krętka w naczyniu, domyślamy się, że przyniesiony został krwiobiegiem, ale nie wiemy którędy wtargnął do naczynia; przez błonę wewnętrzną, czy zewnętrzną, czy przez *vasa vasorum*.

Nie wiemy również, co jest pierwotne, czy zmiana kiłowa naczyń mózgowych, a więc mózgu, czy zmiana zapalna opon mózgowych, których leukocytoza u kiłowych jest objawem zapalenia. Nie wiemy również, jak się skończy spór naukowy o istnienie zarazka neurotropowego, a więc dualizm i unitaryzm biologji krętka bladego. Spór ten nie wygasa od samego odkrycia krętka i ostatnio buchnął nowym płomieniem roznieconym przez Sézaryego przeciw poglądom Levaditiego i Marie.

Wspominam o tych fragmentach zagadnień, których znaczenie dla kliniki kiły naczyniowej mózgu jest bardzo wielkie i których znajomość ułatwia krytyczną analizę naszego przypadku.

Stwierdzam, że według rozmaitych poglądów autorów kiła, atakując naczynia, uszkadza je we wszystkich trzech błonach naraz, jak chcą niektórzy — albo uszkadza je tylko w błonie wewnętrznej jako *endarteritis obliterans*, jak chce Heubner, albo uszkadza je w błonie zewnętrznej, jako *periarteritis*, jak chce Lancereaux i Baumgarten, albo wreszcie uszkadza specjalnie błonę środkową *mesarteritis*, jak chce Köster. Jako skutek zmian kiłowych naczynia można obserwować przerwanie ścian naczyniowych, jak to w naszym przypadku anatom patologiczny w tkance nerkowej zaobserwował. W obrazie histologicznym mózgu naszego przypadku nie obserwował anatom *endarteritis obliterans*, ale notuje obecność nacieków naokoło naczyń żylnych. Schmaus mówiąc o trudnościach różniczkowo-rozpoznawczych zmian naczyniowych podkreśla jako znamienne dla kiły nacieki śródżylne i naokoło-żylne.

Zważywszy więc, że w związku z polimorfizmem klinicznym kiły — także i obraz anatomopatologiczny zmian kiłowych naczyń może być rozmaity, zważywszy, że odnalezienie krętków w przypadkach kiły mózgu i naczyń jest w dzisiejszym stanie techniki laboratoryjnej bardzo trudne i często się nie udaje — uważam, że jakkolwiek anatom patolog nie miał dostatecznych podstaw do potwierdzenia rozpoznania mojego pod względem etjologicznym, to jednak rozpoznanie to kliniczne wsparte na pozytywnem badaniu serologicznem, utrzymuje swoją moc prawną. Klinicyście wolno opisany przypadek uważać za dowód, przemawiający za istnieniem związku przyczynowego porażenia połowiczego dziecięcego i kiły wrodzonej.

Z tego punktu widzenia przypadek ten stanowi przyczynek do sporu szkoły francuskiej i niemieckiej.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. M. SEIDLER. Kierownik Oddz. Położniczo-Ginekol. Lwów. Okręg. Zw. Kas Chorych we Lwowie.

Kilka uwag w sprawie leczenia raka szyjki macicy.

Wyniki leczenia raka szyjki macicy czyto drogą operacyjną, czyto energią promieniotwórczą są wyrażane przez rozmaite kliniki zagraniczne w tak nieraz sprzecznych statystykach, że nie mogą stać się wytycznemi naszego postępowania.

Inne sposoby leczenia jak: wstrzykiwanie w powłoki brzuszne wyciągu z tkanki rakowatej uprzednio *in vitro* naświetlonego (angielscy autorowie) lub autoimmunizacja ustroju osiągana przez wszczepianie komórek rakowatych z preparatu pooperacyjnego — zabitych uprzednio trypaflawiną, czy też przez wstrzykiwanie wyciągu sporządzonego z tkanki rakowatej podobnie jak wyciągu z narządów (Thies), czy wreszcie zapomocą surowicy antyrakowej — nie zostały ogólnie przyjęte.

Są one też używane przez niektórych autorów tylko jako środki pomocnicze w leczeniu zasadniczem czyto operacyjnem, czyto zapomocą naświetlania kombinowanego (Cürie Röntgenotherapie).

Wyniki tylko tych dwu sposobów mogą być ze sobą porównywane. Niestety zwolennicy tak jednego, jak i drugiego sposobu dochodzą często do extremów. Jako przykład pozwolę sobie przytoczyć roentgenologa wiedeńskiego Neuwirtha, uznającego li tylko jako jedyny sposób leczenia raka macicy — naświetlanie. Według niego 0'3% pierwotnej śmiertelności po naświetlaniu (nieściśle, gdyż dochodzi do 3%) i przytoczenie z literatury 6 przypadków raka szyjki wyleczonych naświetlaniem z następowem zajściem w ciążę, powinny być aż nadto przekonywującym dowodem słuszności tego postępowania. Zapomina on jednak, że ważniejszą dla nas jest liczba wyleczenia niż odsetek pierwotnej śmiertelności. Z drugiej strony uderza nas zupełne zwątpienie w wartość leczniczą samych tylko promieni Roentgena.

Były asystent kliniki Buma Endler przez szereg lat obserwował przypadki raka przez siebie leczone Roentgenem, a pod wpływem nieszczególnych wyników rokuje w przyszłości lepsze wyniki lecznicze surowicą antyrakową.

Dalej, tacy autorowie jak Bumm, Döderlein, Waldhart i inni, wypowiadają głośno swe rozczarowanie co do wartości leczniczej Roentgenem w rakach szyjki macicy.

Z 42 klinik niemieckich leczy raki szyjki macicy tylko 6 wyłącznie energią promieniotwórczą. Mówimy tylko o rakach szyjki macicy, gdyż jeśli chodzi o leczenie raka ciała macicy — to prawie wszyscy autorowie uznają wyższość wyników operacyjnych od uzyskanych naświetleniem.

Różnorodność statystyk osiągniętych tak jednym jak i drugim sposobem leczenia, ma bezwzględnie swe źródło w różnorodnym materjale, w sposobie postępowania (t. zn. techniki radioroentgenologicznej jakoteż operacyjnej). Charakter nowotworu płaskokomórkowego, czy gruczołowego wpływa również na trwałe wyniki lecznicze, pierwszy bowiem daje większy odsetek wyleczenia. Dobór więc przypadków odgrywa także ważną rolą w osiąganiu wyników.

Wyniki operacyjne dają nam odsetek pierwotnej śmiertelności od 11—20%, wyleczenia zaś od 50 do sześćdziesięciu kilku %. Mówimy tu o ogólnych wynikach bez segregacji przypadków. Uwzględniając jednak podział na przypadki początkowe i graniczne, w pierwszych odsetek śmiertelności pierwotnej wynosi zaledwie 6'5%, a wyleczenia 76'5% (Franz), natomiast w drugich odsetek pierwotnej śmiertelności dochodzi do 29'2%, a wyleczenia około 30%.

Natomiast bardzo korzystne statystyki wyleczenia raka szyjki macicy w okresach początkowych Curie-roentgenoterapią dochodzące od 40—60% (Regaud) są jeszcze może dalekie od wyników otrzymywanych w takich przypadkach drogą operacyjna, wynoszących do 76'5% wyleczenia przy 6'5% pierwotnej śmiertelności. Nasze też postępowanie streszcza się: Przypadki początkowe bezwzględnie operujemy, naturalnie, o ile niema ogólnego przeciwwskazania i badaniem nie stwierdzono w wydzielinie pochwy wirulentnych bakterji. O ile to ma miejsce, to poddajemy pacjentki ostrożnemu naświetlaniu roentgenem, równocześnie dezynfekując pochwę, i dopiero po oczyszczeniu się ogniska rakowego z drobnoustrojów jadowitych poddajemy chorą operacji. W przypadkach granicznych zasadniczo najpierw naświetlamy roentgenem, a w 6—8 tygodni po skończonem naświetlaniu w razie ustąpienia nacieków przymacicza, które często są natury zapalnej, operujemy.

W przeciwnym razie poddajemy chore dalszemu leczeniu kombinowanemu.

Od otwarcia lecznicy na dwanaście przypadków raka szyjki macicy (5 zaraz operowanych, 7 po uprzedniem naświetlaniu) straciliśmy jedną chorą parę dni po operacji z powodu bronchopneumonji, odsetek więc bardzo mały. Podnieść należy, że u żadnej chorej nie obserwowaliśmy zapalenia otrzewnej, co odnosimy do przedoperacyjnego postępowania, gdyż nawet w przypadkach, w których nie wykazano wirulentnych drobnoustrojów w pochwie, wyjaławialiśmy bardzo dokładnie pochwę na 2—3 dni przed operacją kilkakrotnie 5% spirytusem tymolowym, a w celu uodpornienia ustroju wstrzykiwaliśmy propidon lub zakładaliśmy do pochwy tampony napojone bulionem łańcuszkowcowo-gronkowcowym Besredki.

Dr. J. SPIRA. Kraków.

O wskazaniach do wydłutowania wyrostka sutkowego we wczesnych okresach ostrego zapalenia ucha środkowego.

Z oddziału otolaryngologicznego Szpitala Izrael. w Krakowie.
Ordynator: Dr. Józef Spira.

Dokończenie.

W pierwszym przypadku chodziło o żonę urzędnika, pozostającą w mem leczeniu od 2 tygodni. W tym czasie wystąpiła bolesność na wyrostku przy zachowanym obfitym wycieku z ucha; ze względu na te objawy, tudzież na podniesioną ciepłotę wieczorną i silny szum w uchu zaproponowałem chorej przyjęcie na oddział, na co się chora nie zgodziła. Po 4-ech dniach wystąpiło zapalenie opon mózgowych, w następstwie którego chora, zmarła po 2 dniach. Proces w kości był świeży, przegrody jeszcze zachowane, rozmiękczenie rozpoczynające się.

Drugi chory pozostawał w obserwacji kolegi, starego i doświadczonego otjatry. Mimo racjonalnego leczenia wystąpiły z początkiem 3-go tyg. dreszcze i objawy septyczne. Chory zwlekał z przyjściem na oddział, a kiedy po 3 dniach się na to zdecydował, stwierdziłem już rozpoczynający się na nodze ropień przerzutowy. Przy operacji znalazłem rozległe zmiany kostne. Chory zmarł po 5-u dniach wśród objawów rozlanej ropnicy.

Dalsze 2 przypadki pozostawały w mem leczeniu od 1-go dnia choroby. W jednym z nich chodziło o chłopca 11-letniego, u którego przyszło w następstwie odry do ostrego zapalenia ucha środkowego. Po nacięciu błony obfity wyciek, po 5-ciu dniach po-

dobny stan w drugiem uchu. Mimo obfitego wycieku wystąpiły z końcem 2-go tygodnia wyraźne objawy zajęcia wyrostka sutkowego po stronie prawej (dłużej chorej). Ze względu na drugie ucho, które było jeszcze w początkowym okresie choroby zwlekałem z zabiegiem. Wreszcie wykonałem operację w 15-ym dniu choroby i znalazłem w obu wyrostkach ropę wydobywającą się pod znacznem ciśnieniem. Już nazajutrz wystąpiły dreszcze i temperatury septyczne. Nie ulega wątpliwości, że w chwili wykonania zabiegu zakażenie było już w drodze. Po kilku dniach wykonana rewizja z odsłonięciem obu zatok na szerokiej przestrzeni nie wykazała nic patologicznego. Wobec tego ograniczono się do leczenia środkami wewnętrznymi i szczepionkami. Po 11 dniach ropnica ustąpiła, a po 3½ tygodniach rana się zagoiła.

Wreszcie w czwartym przypadku chorą była dziewczyna 23-letnia, która się nabawiła zapalenia ucha w następstwie grypy. Ból na wyrostku utrzymywał się od samego początku, a nawet nieznacznie się potęgował. Opadnięcie lekkie. Ze względu na te objawy, tudzież na temperatury podniesione (37'8°) chciałem przystąpić do zabiegu w 14-ym dniu choroby. Jednak chora, osoba b. nerwowa na zabieg się nie godzi, a wobec groźby wypisania z szpitala dostaje ataku histerycznego i prosi o przeczekanie jeszcze jednego dnia. Tego samego wieczora dreszcze i temp. 39'5°, poczem rozwija się ropnica trwająca przez 7. tygodni. Przy operacji znaleziono wyrostek wybitnie powietrzny, w komórkach ropa pod silnem ciśnieniem. W przebiegu choroby powstał u chorej szereg ropni, w różnych częściach ciała, jednak młody organizm to wszystko przetrzymał.

W 4-ech dalszych przypadkach odpowiednio wcześnie wykonany zabieg powstrzymał rozwinięcie się powikłania; bezpośrednie wskazanie stanowiły utrzymujące się wysokie temperatury wzgl. objawy oponowe; we wszystkich przypadkach ustąpiły objawy dzień po zabiegu. Z tego 2-ch chorych operowano w 8-ym dniu choroby; w komórkach wyrostka znaleziono ropę pod silnem ciśnieniem; u 2 innych chorych płynnej ropy nie znaleziono, kość zbita, śluzówka komórek silnie zgrubiała, w niektórych komórkach ziarnina. Mimo tych stosunkowo niewielkich zmian nastąpiła natychmiastowa poprawa po operacji.

Wreszcie przypadek ostatni, najświeższy dotyczył dziewczyny 23 letniej cierpiącej od 4-ech dni na zapalenie ucha; wycieku nie było mimo 2-krotnego nacięcia błony bębenk. natomiast silny ropień uciskowy na wyrostku sutkowym, bóle głowy i szum ucha. Przypadek był o tyle skomplikowanym, że chodziło o schizofrencję i zachodziła obawa, że chora umysłowo przesadza bole. Mimoto odniosłem wrażenie, że skargi chorej są prawdziwe, a to głównie dzięki temu, że umiejscowiała największy ból w okolicy *emissarium mastoideum*, mniejszy w okolicy *antrum*, zaś szczyt był wolny, trudno było przypuścić, by chora tak dokładnie była poinformowana, gdzie ma podawać bole. Na 8-y dzień dołączył się obrzęk ściany tylno dolnej bez śladów zapalenia ucha zewnętrznego, wobec czego zdecydowałem się na zabieg i przy operacji okazało się, że rzeczywiście główne zmiany były w okolicy *emissarium*; kość była twarda, jednak w wielu komórkach płynna ropa.

Jeżelibyśmy z opisanych przypadków mieli wyciągnąć wnioski, to musimy powiedzieć: albo nasze dotychczasowe zapatrywania były fałszywe, albo ostre zapalenia ucha środk. przebiegają obecnie o wiele ciężej, groźniej. Wśród mego niezbyt wielkiego materjału operacyjnego było aż 9 przypadków, nadających się do wczesnego wydłutowania wyrostka sutkowego (a więc ok. 20% wszystkich przypadków operacyjnych). Z tego w blisko połowie istniały objawy ciężkie, świadczące o rozpoczynającem się zakażeniu krwi. Te poważne objawy były właściwie szczęściem dla chorych, bo skłoniły mnie do wykonania wczesnego zabiegu. Przy operacji znaleziono tylko w 2 wyrostkach płynną ropę, w 2 innych zmienioną obrzękłą, miejscami ziarninującą błonę śluzową. We wszystkich tych przypadkach był skutek doskonały, dzień po operacji ustąpiły wszystkie objawy. W czterech innych przypadkach można było stwierdzić zajęcie wyrostka sutkowego bez alarmujących objawów, a ponieważ okres był wczesny, więc liczono się z możliwością samoistnego wyleczenia i zwlekano z zabiegiem. Następstwo tego czekania było fatalne, w 2 wypadkach zejścia śmiertelne, w 2 ciężka posocznica. O ile w trzech z tych przypadków mógłbym jako tako zrzucić z siebie winę, to jednak 4-y przypadek obciąża mnie stanowczo. Jest to uczucie niesłychanie przykre i deprymujące, jeżeli operator zdaje sobie sprawę, że zaniedbał chorego, który z pełnem zaufaniem oddał mu swe zdrowie i życie w opiekę; uczucie, które może zamienić zaciętego konserwatystę w skrajnego radykała. W radykaliźmie tym popiera nas świadomość, jak mało ryzykujemy wykonując zabieg, a jak wiele przez czekanie. Jednak sentymentalizmem kierować się niewolno, ale raczej należy przedmiotowo rewidować nasze dotychczasowe wskazania operacyjne. Wskazania te można podzielić na bezwzględne i względne. Do bezwzględnych należą: 1) objawy, wskazujące na przejście zapalenia na błędnik, opony lub zatokę. 2) ciepłota powyżej 39°, bez względu na to, czy ma charakter ciągły *(continua)* czy też septyczny, — o ile utrzymuje się szereg dni po nakłuciu błony bębenk. względnie nawet się wzmaga; ta wysoka temperatura świadczy o ciężkości zakażenia. O ile wyciek z ucha jest obfity, to niebezpieczeństwo czekania jest mniejsze; zwiększa się zaś przy wycieku skąpym lub zupełnym braku wycieku. (przyp. 5 i 9.). Zupełnie zrozumiałą jest rzeczą, że chory musi pozostać pod stałą obserwacją internisty: w 2 przypadkach mej praktyki prywatnej wystąpiła po 2 dniach wysokiej gorączki w przebiegu zapalenia ucha środkowego wysypka szkarlatynowa, w jednym zapalenie płuc, w jednym róża. Z drugiej strony internista musi sobie jasno zdawać sprawę z tego, czego od niego żądamy; nie chodzi o to, by nam podał wszelkie możliwe choroby, któreby mogły taką gorączkę sprowadzić, lecz o to, by ewent. istniejącą chorobę wykrył. Otolog sam wie dobrze o tem, że głębokie ognisko płucne może szereg dni przebiegać bez wyraźnych objawów, ale przy braku objawów płucnych, a istniejącem zapaleniu ucha, jest większe prawdopodobieństwo, że gorączka pochodzi z ucha. O tem powinien pamiętać internista, aby przez rzucone podejrzenie nie sprowadzać nas z dobrej drogi.

Wskazanie względne stanowią objawy, świadczące o zapaleniu ropnem wyrostka sutkowego: otoskopowe, kostne i ogólne. Do objawów otoskopowych należą: wygląd błony bębenk. i przewodu. Silne wypuklenie błony wraz z obfitym wyciekiem stanowi wskazanie dopiero w późniejszych okresach, w pierwszych 2 tygodniach jest to objaw częsty i niegroźny. Natomiast brak wycieku, pomimo dobrze wykonanego (ewen. dwukrotnie) nakłucia, jest objawem poważnym i stanowi ew. z podniesioną ciepłotą i bolesnością na wyrostku wystarczający zespół do wskazania operacyjnego; zazwyczaj w tych przypadkach spotykamy błonę szaroczerwonawą przypominającą wygląd błony bęb. przy *„Mucosus-Otitis"*. Opadnięcie górno-tylnej ściany jest objawem b. ważnym; niestety objaw ten spotykamy zazwyczaj dopiero w poważniejszych okresach, natomiast w pierwszych 2 tyg. jest on dość rzadki. Tutaj muszę też wspomnieć o objawie analogicznym do opadnięcia, z którym ku memu zdziwieniu nie spotykałem się dotychczas w piśmiennictwie. Jest to obrzęk ściany tylno-dolnej przewodu zewnętrznego, objaw rzadki, ale jeżeli go spotykam, to ma on dla mnie znaczenie rozpoznawcze, w tym samym stopniu co opadnięcie ściany górnej; zazwyczaj w tych przypadkach znajdujemy podczas operacji komórki zropiałe w okolicy tylnej ściany przewodu zewnętrznego, a więc powyżej wstępującego odcinka zatoki. Objaw ten podobnie jak opadnięcie występuje tylko rzadko w tych okresach; w przypadku 9-ym dołączenie się tego objawu do obrazu zajęcia wyrostka skłoniło mnie do zabiegu z korzyścią dla chorej. Z objawów kostnych wysuwa się na pierwszy plan ból na wyrostku, zarówno samoistny jak i uciskowy. Ból ten występuje często w pierwszych dniach zapalenia ucha środkowego, jednak zazwyczaj po kilku dniach się cofa. O ile ból ten się utrzymuje wzg. nawet potęguje, mimo, a jeszcze bardziej bez wycieku, to ma on znaczenie wskaźnika. Zwłaszcza ważnym jest ból przy ucisku na okolicę *emissarium mast.*, bo wskazuje na zajęcie komórek kostnych tej okolicy, co kryje w sobie niebezpieczeństwo przejścia na zatokę. Obrzęk na wyrostku sutkowym spotykamy stosunkowo rzadko w wczesnych okresach; ale i w późniejszych okresach, jakkolwiek przekonuje nas o konieczności zabiegu, to jednak nie jest zbyt alarmującym, bo świadczy o tendencji przebicia na zewnątrz. Trzeba jednak pamiętać o tem, że nieznaczny obrzęk może być następstwem okładów i manipulacji na wyrostku (nap. postawienie pijawek), i dlatego o ile niema innych objawów, świadczących o zajęciu kości, polecam zawsze przerwanie okładów na jeden dzień i zastosowanie obojętnej maści. Co do stłumienia wypukowego, któremu niektórzy autorowie przypisują wielkie znaczenie, to nie mogłem się przekonać o słuszności tego zapatrywania. Wreszcie badania roentgenologiczne mogą nam w tych wczesnych okresach tylko niewiele wyjaśnić. Co do próby Zalewskiego, pozwalającej objektywnie ustalać stopień zajęcia wyrostka sutkowego, to niestety z powodu trudności technicznych, nie mogłem jej na oddziele zastosować.

Kilka słów o technice i wynikach operacyjnych. Wczesna operacja nie jest zabiegiem łatwym. W tym okresie spotykamy zazwyczaj kość twardą, przegrody kostne jeszcze zachowane. Rola łyżeczki kostnej ogranicza się do minimum, przeważną część zabiegu trzeba wykonać dłutkiem. Proces zapalny się jeszcze nie ograniczył i nie wiemy, czy niema tendencji zajęcia dalszych komórek. Dlatego musimy postępować możliwie radykalnie otwierając wszystkie komórki, aż do blaszki wewnętrznej kości; także makroskopowo normalnie wyglądające komórki należy otworzyć.

Na ostatnim zjeździe otolaryngologów niemieckich podał Neuman technikę, obowiązującą przy zabiegach wczesnych. Według tego autora należy systematycznie otworzyć antrum, komórki jarzmowe kątowe, okołozatokowe, okołoopuszkowe, szczytowe, retrofacialne. W podaniach tych nie widzę nic nowego, chyba tylko pewne usystematyzowanie zabiegu, które może mieć znaczenie dla początkujących. Jako uczeń Neumanna i były operator jego kliniki wiem, że technika ta, była zawsze przestrzeganą na tejże klinice, także przy operacjach późnych. W ten radykalny sposób postępowałem też później, na klinice krakowskiej i na mym oddziele i z rezultatów byłem bardzo zadowolony.

Co do obaw niektórych autorów z powodu odsłonięcia zatoki, to muszę stwierdzić na podstawie przypadków własnych i z piśmiennictwa, że odsłonięcie to jest tylko w wyjątkowych razach, potrzebne.

Zazwyczaj chodzi o wyrostki powietrzne, w których komórki dochodzą do powłoki kostnej zatoki, zaś sama powłoka oddziela się wyraźnie od otoczenia jako biała twarda kość. Zresztą mam wrażenie, że obawy z powodu odsłonięcia zatoki wzgl. opon są silnie przesadzone; w przypadkach znanych z piśmiennictwa, w których po wykonaniu operacji wczesnej przyszło do schorzenia ropnego zatoki, najprawdopodobniej przyczyną było nie odsłonięcie zatoki, ale pozostawienie pewnych komórek w pobliżu zatoki. Dlatego należy przy tym zabiegu postępować możliwie radykalnie.

Wyniki pooperacyjne w mych przypadkach były dobre, leczenie przebiegało zupełnie prawidłowo. Rana wypełniała się szybko ziarniną i goiła się naogół w tym samym czasie co przy operacjach późnych. Czas leczenia wynosił 3—6 tygodni.

Streszczając, dochodzimy do następujących wniosków. *Nie czas trwania zapalenia ucha środkowego, ale ogólny obraz choroby powinien nami kierować przy decyzji w sprawie operacji. Każdy przypadek należy traktować indywidualnie biorąc pod uwagę ciężkość zakażenia, nasilenia objawów, odporność organizmu, strukturę wyrostka sutkowego.* Jakkolwiek nie można ustanowić wiążących reguł, to jednak naogół powinno się postępować w myśl następujących wytycznych. Wyrostek sutkowy należy otworzyć już w wczesnych okresach zapalenia ucha środkowego, jeżeli:

1) dołączają się objawy, świadczące o przejściu zapalenia na otoczenie.

2) wysoka ciepłota (ok. 39) utrzymuje się przez szereg dni bez skłonności do obniżenia się, po wykonanem nacięciu błony bębenkowej, co świadczy o ciężkości zakażenia.

3) objawy zajęcia wyrostka sutkowego utrzymują się wzgl. nawet narastają.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. K. GÓRSKI, zarządzający oddziałem. Warszawa.

VIII Sprawozdanie z działalności oddziału Obserwacyjnego Szpitala Dzieciątka Jezus za rok 1926.

Opis 2 przypadków (Endocarditis lenta i Meningitis purulenta arteficialis).

W roku sprawozdawczym przyjęto chorych z miasta 262 (114 m. + 148 k.), z oddziałów szpitalnych przeniesiono gorączkujących chorych i podejrzanych o choroby zakaźne 23 (3 m.+20 k.). Pozostało chorych z roku ubiegłego 6 (3 m. + 3 k.). Razem leczono chorych 291 (120 m. + 171 k.). Chorzy przebyli ogółem 3160 dni szpitalnych. Przeciętna liczba dziennie wynosiła 8, największa 20, najmniejsza 2.

Z ogólnej liczby było 187 przypadków zakaźnych. Najwięcej przypadków dostarczył dur brzuszny — 55, (17 m. + 38 k.), grypa — 37 (18 m. + 19 k.), odra — 26 (10 m. + 16 k.), gruźlica — 18 (8 m. + 10 k.), zapalenie gardła — 12 (5 m. + 7 k.), zimnica — 8 (5 m. + 3 k.), zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych — 8 (6 m. + 2 k.), czerwonka — 5 (4 m. + 1 k.), róża — 5 (1 m. + 4 k.), śpiączka — 3 (1 m. + 2 k.), ogólne zakażenie — 3 (1 m. + 2 k.), dur rzekomy A — 2 (1 m. + 1 k.), świerzb 2 k., dur rzekomy B — 1 k., świnka 1 k., dur plamisty 1 k. Przypadków niezakaźnych było 104. Najwięcej chorych dostarczyło zapalenie płuc 26 przypadków (16 m. + 10 k.), zaburzenia żołądkowo-jelitowe — 19 (12 m.+ 7 k.), wada serca — 5 (2 m. + 3 k.), zapalenie przymacicza — 4, stłuczenie — 4 (1 m. + 3 k.), zapalenie opłucnej — 4 (2 m. + 2 k.), nieżyt oskrzeli — 4 (2 m. + 2 k.), niedomoga mięśnia sercowego — 3 k., zapalenie macicy — 3, zatrucie alkoholem, nowotwory złośliwe, padaczka, choroby umysłowe, zapalenie nerek, ropnie, zapalenie opon brzusznych, wylew krwawy do mózgu, zapalenie gruczołów limfatycznych, zapalenie miedniczek nerkowych i nieżyt żołądka po 2 przypadki, astma, oparzenie, kamica żółciowa, zapalenie wyrostka robaczkowego, białaczka, stwardnienie wieloogniskowe, udar słoneczny, zapalenie ucha środkowego, uwiąd starczy i symulacja po 1 przypadku.

Do szpitali dla zakaźnych przewieziono 28 chorych (8 m. + 20 k.), na inne oddziały szpitalne przewieziono 38 chorych (8 m. + 30 k.). Wyleczonych lub z poprawą wypisano 191 chorych (80 m.+ 111 k.).

Umarło przed upływem 24 godzin od chwili przybycia na oddział 4 (3 m. + 1 k.), po upływie 24 godzin — 20 (15 m. + 5 k.).

Badań chemiczno bakterjologicznych w pracowni centralnej szpitali wykonano 370.

Badań krwi wykonano 343: Widala 124, na dur rzekomy A i B po 62, posiewów 31, morfologja 27, Wassermanna 20, Weil-Felixa 10, Odczyn Besredki 4, mocznika 2, Odczyn Botelot 1.

Badań płynu mózgowo-rdzeniowego dokonano 9, kału 6, płynu z opłucnej 5, moczu 2, nalotu z gardła 2, treść żołądkowa 1, ropa 1, płyn z jamy brzusznej 1. Bardzo dużo analiz wykonano na miejscu w podręcznej pracowni na oddziale.

Od sierpnia do końca roku oddział obserwacyjny gościł w murach swoich chorych na odrę, będąc jednocześnie jedynem miejscem w stolicy dokąd skierowywano tego rodzaju chorych. W tym celu urządzono na parterze domku w którym mieści się oddział obserwacyjny 3 pokoiki.

Ogółem do końca roku sprawozdawczego przeszło przez oddział chorych na odrę 26.

Z pośród przypadków, które przeszły przez oddział na specjalną uwagę zasługują 2, a mianowicie: *endocarditis lenta* zakończony *per mortem* i *meningitis purulenta* zakończony wyleczeniem. Ze względu na rzadkość tego rodzaju schorzeń pragnę się z nimi choć w krótkich słowach z Sz. Kolegami podzielić.

Pierwszy przypadek dotyczył 30-letniej kobiety która przybyła na oddział 21 listopada 1925 r. Chora podała, że jest zamężną, pierwszy perjod wystąpił w 16 roku życia. Przechodziła płonicę, odrę i wietrzną ospę w dzieciństwie. Chora od 4 tygodni. Cierpienie rozpoczęło się dreszczami, ciepłota, krwioplucieiem. Przed 2 tygodniami urodziła dziecko 8 miesięczne. Skarży się na bóle w lewym boku, osłabienie. Stolce normalne.

Stan obecny chorej: przytomna, budowy prawidłowej, odżywiona słabo. Język czysty. Ciepłota 38,8°. Tętno 100 uderz. Lewa granica serca na linji sutkowej. Wysłuchem w sercu II szmer słaby u wierzchołka, najsilniejszy w aorcie. W płucach wyraźnych zmian brak. Brzuch miękki, na ucisk niewrażliwy. Wątroba i śledziona niemacalne. Odruchy kolanowe zachowane. Źrenice równe na światło i nastawienie reagują dobrze.

Wynik badania: 1) m o c z u — ciężar gatunkowy 1022, odczyn kwaśny. Białka ślad. Cukru niema. Odczyn dwuazowy ujemny. W osadzie nieliczne nabłonki z dróg moczowopłciowych, leukocyty po kilka w polu widzenia, pasemka śluzu; 2) k r w i — odczyn Widala ujemny; odczyn Wassermanna ujemny. Białych ciałek krwi 9000 w mm^3: neutrofilów 75%, limfocytów 21%, mono i przejściowych 3%, eozynofilów 1%. W posiewie krwi rozwinęły się liczne kolonje paciorkowca zieleniejącego *(streptococcus viridans)*. W dalszym przebiegu w moczu zwiększyła się ilość białka, zjawiły się czerwone krwinki. 16 grudnia w posiewie krwi po raz drugi otrzymano hodowlę paciorkowca zieleniejącego. Ciepłota o typie zmiennym utrzymywała się stale. Samopoczucie w chwili przybycia chorej niezłe, zaczęło się pogarszać. 14 grudnia wystąpiło porażenie połowicze lewostronne. Stan pogarszał się z dnia na dzień. 19 grudnia tętno 130 na minutę, chora zanieczyszcza się. 29 grudnia zauważono zjawiającą się odleżynę. Tętno słabnie, 19 stycznia 1926 roku chora straciła przytomność. 20 stycznia umarła w niespełna 3 miesiące od chwili zasłabnięcia.

Zwłoki skierowano na sekcję z rozpoznaniem: *endocarditis lenta, infarctus renum et pulmonis, hemiplegia swoista zatorowego pochodzenia.*

Rozpoznanie anatomo-patologiczne głosiło: *encephalomalatia flava in regione nucleorum basalium lateris utriusque praecipue dextri. Tromboendocarditis ulcerosa chronica exacerbata valvularum semilunarium aortae valvulae mitrialis, Dilatatio cordis totius. Anaemia musculi cordis. Infarctus multiplices lienis et renum. Oedema meningum. Infiltratio adiposa hepatis levioris gradus.*

W przypadku tym zasługuje na uwagę szybki przebieg cierpienia.

Drugi przypadek dotyczył 39-letniej kobiety, która podała, że przed laty przechodziła hiszpankę, od dłuższego czasu leczy się na zapalenie jajników i *lues*. Chora przybyła na oddział 1 maja. Przed 5 tygodniami stan chorej pogorszył się. Wystąpiła ciepłota,

bóle głowy, ogólne osłabienie. Z tego powodu udała się do jednego ze szpitali w którym przebyła 2 tygodnie. W szpitalu stan chorej poprawił się znacznie i po dokonaniu punkcji lędźwiowej chora poszła do domu. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego poza dodatnim Wassermannem (+++) odchyleń od normy większych nie wykazało. Przed 5 dniami, to jest w 3 dni po punkcji stan chorej znacznie się pogorszył. Wystąpiły bardzo silne bóle głowy, bóle w krzyżu i kończynach dolnych, wymioty i duża gorączka. Pozatem krwawienie z macicy. Chora nie rodziła i nie roniła. Od 6 miesięcy krwawi po 3 tygodnie z przerwami tygodniowemi.

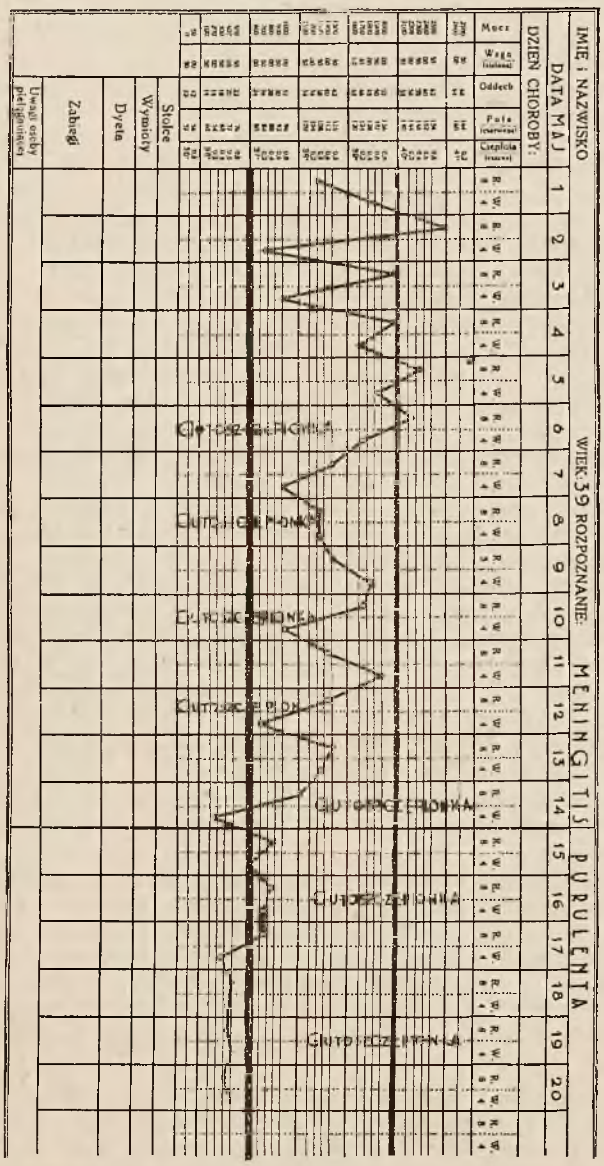
Badając chorą znalazłem objawy *meningitis* przy ciepłocie 41°, tętno 100 miarowe dość słabe, tony serca przygłuszone. Język obłożony. W gardle, uszach i nosie zmian niema. Odruchów kolanowych brak. W innych narządach zmian niema. Stan naogół bardzo ciężki.

Badanie ginekologiczne łaskawie wykonane przez Dr. Gnankowskiego wykazało: wydzielina śluzowo-ropna, macica *in retroflexione* narazie nie odprowadza się, więzadła tylne i boczne przykurczone, prawy jajnik wrażliwy. A zatem są to wszystko stare zmiany. Krwawienie Dr. Gnankowski tłumaczy następującym okresem przekwitania. Za pomocą nakłucia lędźwiowego otrzymałem 20 cm³ płynu ropnego.

Wynik badania płynu (Dr. Mutermilch): płyn ropny, białka 0,6‰. Nonne-Apelt dodatni. Badanie bakterjologiczne z osadu i w posiewach wykazało liczne gronkowce. Meningokoków i prątków Kocha nie wykryto. Posiew krwi ujemny. Białych ciałek krwi: 11000: neutrofilów 76%, limfocytów 20%, mono i przejściowych 4% i eozynofilów 0%.

Wynik badania moczu: ciężar gatunkowy 1018, białka 0,1‰, cukru niema. Odczyn dwuazowy ujemny. W osadzie: liczne nabłonki płaskie, leukocyty po kilka w polu widzenia, wałeczki ziarniste i szkliste nieliczne.

W okresie pierwszego tygodnia stan chorej pogarszał się z dnia na dzień. W początkach drugiego tygodnia przystąpiłem do



leczenia chorej autoszczepionką łaskawie przygotowaną mi przez Dr. Mutermilcha. Dalszy przebieg cierpienia najlepiej i w zupełności odzwierciedla krzywa ciepłoty w której najwyraźniej uwidacznia się dodatnie działanie autoszczepionki.

W miarę obniżanie się ciepłoty ustępowały i inne objawy cierpienia.

Dnia 27 czerwca chora zaczęła chodzić a 10 lipca poszła do domu. W 6 miesięcy po wyjściu chorej miałem wiadomość, że czuje się nieźle, zajmuje się gospodarstwem domowem i leczy się nadal na kiłę.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na etjologję oraz zakończenie cierpienia przez wyleczenie. Pochodzenie cierpienia w braku innego źródła — zdaje się nie może uledz najmniejszej wątpliwości. Nie wykluczona jest możliwość, że kiła, która niszczyła organizm naszej chorej odegrała pośrednio może nawet znaczną rolę w powstaniu nowego cierpienia. Drobnoustroje jednak zaniesione musiały być drogą nakłucia lędźwiowego.

Rozpoznanie kliniczne zatem w przypadku drugim było: *Meningitis purulenta staphylococcica arteficialis.*

PORADNIK JĘZYKOWY.

M. M. ZWEIGBAUM. Warszawa.

Nieco o błędach językowych w pismach i dziełach lekarskich.

Dokończenie.

„Pierwsza tablica *dla* prób wzroku była ułożona dopiero w 43-im roku" (zamiast: Pierwsza tablica prób wzroku .....).

„*Dla* oznaczenia stężenia amilazy używano znanej metody Robertsa, *dla* badania lipazy — metody miareczkowej z użyciem maślanu etylowego" (zamiast: Do oznaczenia stężenia amilazy..... do badania lipazy .....).

„*Dla* uniknięcia jednak trudności w badaniu, celowo jest uprzednio dokładnie opróżnić kiszki chorego" (zamiast: Aby jednak uniknąć trudności badania, celowo będzie, gdy się uprzednio dokładnie opróżni kiszki chorego).

„Wybrano komisję *dla* utworzenia kasy zapomogowej *dla* członków okręgu lwowskiego; komisję *dla* przeprowadzenia pertraktacyj z Okręgowym Związkiem lekarzy Kasy Chorych; komisję *dla* ułożenia stosunku między obecnie reaktywowanym Okręgiem lwowskim, a okręgiem małopolskim" (zamiast: Wybrano komisję do utworzenia kasy zapomogowej członków okręgu lwowskiego; komisję do przeprowadzania pertraktacji z Okręgowym Związkiem lekarzy Kasy Chorych; komisję do ułożenia stosunku między obecnie uruchomionym okręgiem lwowskim, a okręgiem małopolskim).

„Matka, przedstawiając chłopca *dla* cierpienia żołądkowego, dodaje, że .... nagła u chłopca nastąpiła zmiana (zamiast: Matka, przedstawiając chłopca z powodu cierpienia żołądkowego, dodaje ......).

„*Dla* zbadania usunięto dwa guzki" (zamiast: Celem zbadania usunięto dwa guzki).

„*Dla* tej przyczyny zajmują się tą sprawą nietylko lekarze fachowi" (zamiast: Z tej przyczy zajmują się .....).

„Wykrycie takich ognisk leukomatycznych dało nawet podstawę *dla teorji*, która upatrywała w białaczce nowotwór tkankoszpikowy" (zamiast: ..... dało nawet podstawę teorji, która .....).

„*Dla* braku miejsca o innych przemilczymy" (zamiast: Z braku miejsca o innych przemilczymy).

„Autor wybrał *dla* swych badań 104 przypadki ciężko pracujących rzemieślników" (zamiast. Autor wybrał do swych badań ......).

„Najmłodsza generacja poczwarek nie jest *dla* swej anatomicznej budowy w stanie przyczepić się do ściany jelit" (zamiast: Najmłodsza generacja poczwarek nie jest w stanie z powodu swej budowy anatomicznej przyczępić się do ściany jelit).

„Autor monografję tę przeznacza *dla* użytku studentów i lekarzy" (zamiast: ..... przeznacza do użytku ..... albo: na użytek .....).

„Chłodzenie miejscowe czy ogólne, czyto zapomocą zimnych okładów (wodnych, lodowych), czy kąpieli wodnych lub powietrznych, drażni nerwy czuciowe *dla* temperatury" (zamiast: ..... drażni nerwy czuciowe z powodu temperatury).

„*Dla* celów praktycznych potrzebną (!) jest pewna ilość (!) nazw szczegółowych *dla* określenia urządzeń i zakładów przyrodoleczniczych" (zamiast: W celach praktycznych potrzebna jest

pewna liczba nazw szczegółowych do określenia urządzeń i zakładów przyrodoleczniczych).

„*Dla* powstania napadu dychawicy niezbędnem (!) jeszcze jest osłabienie lewej komory (zamiast: Do powstania napadu dychawicy niezbędne jeszcze jest osłabienie komory lewej).

„Odkrywanie (!) przytułków *dla* stałego pobytu niemowląt powinno być ustawowo uregulowane" (zamiast: Zakładanie przytułków na stały pobyt niemowląt ......).

„Przytułki mogą być rezerwowane tylko dla niemowląt, które *dla* jakichbądź powodów nie mogą być umieszczone w rodzinach" (zamiast: ...... które z jakich bądź powodów ......).

5. O nadużywaniu narzędnika w orzeczeniu.

Do błędów stylistycznych, nadzwyczaj rozpowszechnionych, należy używanie w orzeczeniu narzędnika (czyli 6-go przypadku) zamiast właściwego jedynie mianownika (czyli 1go przypadku) w tych zdaniach, w których orzecznikiem jest przymiotnik lub imiesłów, poprzedzony słowem b y ć, z o s t a ć, s t a ć s i ę.

Oto przykłady błędu tego z pism i dzieł lekarskich:

„Lekarz będzie musiał pamiętać, że życzliwość jego dla chorego, która we wykonywaniu swego (!) zawodu, jest mu *właściwą*, może być *przykrą, kosztowną* dla kasy i w rezultacie dla ogółu ubezpieczonych *niekorzystną*" (zamiast: Lekarz będzie musiał pamiętać, że życzliwość jego dla chorego, która w wykonywaniu zawodu jest mu właściwa, może być dla kasy przykra, kosztowna i w rezultacie dla ogółu ubezpieczonych niekorzystna).

„Bez ..... wiary niezłomnej chorego w wiedzę i dyskrecję lekarza, tego ostatniego zaś (!) w zwierzenia chorego, wykonywanie zawodu lekarskiego staje się nietylko *uciążliwem*, ale i *niemożliwem*" (zamiast: Bez ...... wiary niezłomnej chorego w wiedzę i dyskrecję lekarza, lekarza zaś w zwierzenia chorego, wykonywanie zawodu lekarskiego staje się nie tylko uciążliwe, ale i niemożliwe).

„Praktyka lekarzy kasowych wreszcie wykazuje, że lekarz jest *bezsilnym* wobec osobnika, który chce sobie odpocząć i oświadcza zgóry, że jest *chorym*" (zamiast: Praktyka lekarzy kasowych wykazuje wreszcie, że lekarz jest bezsilny wobec osobnika, który chce sobie odpocząć i zgóry oświadcza, że jest chory).

„Czynią to (lekarze) w przeświadczeniu, że taka walka byłaby *konieczną* nie w ich interesie osobistym, ale w interesie nauki lekarskiej" (zamiast: ...... byłaby konieczna ......).

„*Fakultatywnem* jest ubezpieczenie na tych samych warunkach gospodarzy, rękodzielników i t. d." (zamiast: Fakultatywne (a lepiej jeszcze: dowolne, zostawione do wyboru, nie obowiązujące) jest ubezpieczenie na tych samych warunkach gospodarzy, rękodzielników i t. p.).

„Wysokość jej (opłaty każdorazowej) ustanawia dokładniej kasa i *zależną* będzie... od stanu finansowego kasy" (zamiast: i zależna będzie...).

„Taka wielowartościowość nabłonka pępowinowego jest zazwyczaj tylko sztucznie *wywołaną* przez niedostatecznie staranne preparowanie" (zamiast: ... jest zazwyczaj tylko sztucznie wywołana...).

„Okazało się, że leczenie 9-cio miesięczne, a nawet 15-sto miesięczne jest za *krótkiem*, by wstrzymać późniejsze powiększenie tarczycy" (zamiast: Okazało się, że leczenie 9-ciomiesięczne, a nawet 15-stomiesięczne jest za krótkie, by wstrzymać późniejsze powiększenie gruczołu tarczowego).

„Odma sztuczna *wskazaną* jest w przypadkach gruźlicy czynnej jednostronnej o ile nie ma (!) tam tak znacznych zmian rozkładowych" (zamiast: Odma sztuczna jest wskazana w przypadkach czynnej gruźlicy jednostronnej, o ile niema tam tak znacznych zmian rozkładowych).

„*Niesłuszną* jest obawa przed (!) energicznem leczeniem insuliną w przypadkach znacznego obniżenia cukru we krwi" (zamiast: Niesłuszna jest obawa energicznego leczenia insuliną w przypadkach znacznego obniżenia ilości cukru we krwi).

„Dyeta głodowa w leczeniu cukrzycy nie jest *wskazaną*" (zamiast: Dieta głodowa w leczeniu cukrzycy nie jest wskazana).

„Od tej pory rozpoczął się i w Polsce spadek przyrostu (ludności) jednakowoż w mniejszym stopniu niż w Niemczech, a zwłaszcza niż we Francji, która jest najżywiej tą sprawą *zainteresowaną*" (zamiast: Od tej pory rozpoczął się i w Polsce spadek przyrostu, jednakowoż w mniejszym stopniu niż w Niemczech, a zwłaszcza we Francji, która jest najżywiej tą sprawą zainteresowana).

„Celowość takiej budowy układu nerwowego stanie się *jasną*, gdy uświadomimy sobie, że przecież cały nasz ustrój składa się właściwie z symbiozy niezliczonych ilości (!) organizmów żywych komórek..." (zamiast: Celowość takiej budowy układu nerwowego stanie się jasna, gdy uświadomimy sobie, że przecież cały nasz ustrój składa się właściwie z symbiozy niezliczonej liczby organizmów żywych komórek...).

„Lewatywa zostaje *zatrzymaną* przez 15 minut" (zamiast:... ...zostaje zatrzymana...).

„Wątroba jest niezbędnie *potrzebną* dla (!) utrzymania równowagi węglowodanowej ustroju" (zamiast: Wątroba jest niezbędnie potrzebna do utrzymania równowagi węglowodanowej ustroju).

„W roku 1925 *otwartą* została katedra okulistyki" (zamiast: ...W r. 1925 otwarta została katedra okulistyki).

„Drut do użytku pętli musi być *stalowym*" (zamiast: Drut... ...musi być stalowy).

„*Najciekawszym* jest przypadek czwarty" (zamiast: Najciekawszy jest przypadek czwarty).

„W tych przypadkach, gdzie (!) zamknięcie to (przewodu żółciowego) było *krótkotrwałem*, stosunek albumin do globulin uległ bardzo znacznej zmianie na korzyść globulin" (zamiast: W tych przypadkach, w których zamknięcie to było krótkotrwałe...).

„Wreszcie z powodu bólów (chora) nie może być nawet *przenoszoną* do zakładu ortopedycznego" (zamiast: ...nie może być nawet przenoszona do zakładu...).

„Przeważnie w przypadkach tych rozpoznanie nie jest *trudnem*" (zamiast: ...rozpoznanie nie jest trudne).

„Różnica ta jest tylko *drugorzędną*" (zamiast: ...jest tylko drugorzędna).

„Wiadomo jest, że nauczanie w zakresie medycznym zupełnie jest we Francji *swobodnem*" (zamiast: Wiadomo jest, że nauczanie w zakresie lekarskim jest we Francji zupełnie swobodne).

Błędne są również wyrażenia takie, jak: *trudnem jest, wiadomem jest, potrzebnem jest, oczywistem jest*, które należy zastąpić odpowiedniemi przysłówkami (t r u d n o, w i a d o m o) lub rzeczownikami o znaczeniu wyrażeń nieosobowych (p o t r z e b a), lub wreszcie przez omówienie (o c z y w i s t ą j e s t r z e c z ą) np.:

„*Trudnem jest* często powiedzieć, z czem mamy do czynienia" (zamiast: Trudno często powiedzieć...).

„Dalej *jest wiadomem*, że te gruczoły stoją do siebie w takim stosunku" (zamiast: Dalej wiadomo, że te gruczoły...).

„W ten sposób *jest potrzebnem* dzieło nowe" (zamiast: W ten sposób potrzeba dzieła nowego).

„*Oczywistem jest* zatem, że termin ten nie może być *przyjętym*" (zamiast: Oczywistą jest rzeczą, że terminu tego nie można przyjąć).

6. O nadużywaniu przyimka „przy".

Przyimek *przy rządzi* 7-ym przypadkiem (miejscownikiem) i służy jedynie do wyrażania bliskiego znajdowania się osób i rzeczy względem siebie, czyli do oznaczenia stosunku bliskości lub przyległości, np. mąż przy mężu, oręż przy orężu, cmentarz przy kościele, groch przy drodze.

Jednakże oddawna utarła się w mowie polskiej pewna dowolność zastępowania innych przyimków przyimkiem p r z y, np. mówi się p r z y piechocie (zamiast: w piechocie), p r z y niedzieli (zamiast: w niedzielę), p r z y święcie (zamiast: w święto), p r z y świadkach (zamiast: wobec świadków), p r z y poświęceniu (zamiast: na poświęceniu), p r z y otwarciu (zamiast: na otwarciu), mieszkać p r z y krewnych (zamiast: u krewnych), dobrze p r z y was (zamiast: dobrze u was lub wśród was), zasłabł p r z y robocie (zamiast: zasłabł podczas roboty). Lecz ta dowolność językowa doprowadziła z czasem do nadużycia, albowiem przyzwyczajono się do przyimka p r z y nawet w zdaniach, w których jest zupełnie niestosowny, gdyż nie odpowiada temu znaczeniu, jakie nadają zdaniu inne przyimki, użyte tam w sposób właściwy, np. w zdaniu: „autor przekonał się *przy* swych badaniach, nie wiadomo, czy autor przekonał się p o d c z a s swych badań, czyteż w s k u t e k swych badań; albo w zdaniu: „p r z y braku poparcia nie mógł się wybić", nie wiadomo, co chciano powiedzieć: czy, że b e z poparcia nie mógł się wybić, czyteż, że wybić się nie mógł d l a t e g o, że nie miał poparcia.

Niewłaściwe posługiwanie się przyimkiem p r z y mocno się zakorzeniło w mowie lekarskiej, jak również, niestety, w naukowym języku lekarskim, a przyczyny tego szukać należy w naśladowaniu obcych wzorów: niemieckich i rosyjskich.

W języku niemieckim przyimek b e i odpowiada nie tylko naszemu p r z y, ale także wielu innym przyimkom naszego języka, np. mieszka u mnie, znaczy po niemiecku: er wohnt b e i mir; mieszkać p o d miastem — bei der Stadt wohnen; skarżyć się p r z e d sędzią — beim Richter sich klagen; w nocy, p o d c z a s nocy — bei Nacht; w o b e c drożyzny — b e i der Teuerung; p o m i m o rozumu dał się oszukać — b e i aller Klugheit ist er doch getäuscht worden; wziąć z a rękę — b e i der Hand fassen.

To samo dzieje się z rosyjskim p r i, np.: w takich warunkach tłómaczy się na język rosyjski: p r i takich uslowjach; z a życia ojca — p r i żizni otca; p o m i m o rozumu — p r i cjełoj mudrosti; z e współudziałem — p r i uczasti.

A więc wszędzie aż do znudzenia tylko b e i i p r i. Jest to jednak właściwość obu języków i dlatego ani razi ani dziwi, gdy tymczasem byłoby błędem, gdybyśmy w tłómaczeniu polskiem posługiwali się tylko przyimkiem p r z y na oddanie niemieckiego b e i lub rosyjskiego p r i i mówili np. o postępowanu p r z y łożysku przodującem lub o chloroformowaniu p r z y porodzie kleszczowym.

A jednak z błędami tego rodzaju spotykamy się na każdym kroku. Zanieczyszczają one szpetnie dzieła i pisma lekarskie, np..

„Fakt, który każdego... nieprzyjemnie razi... p r z y czytaniu II wydania podręcznika“ (zamiast: ...podczas czytania II wydania podręcznika).

„Zachorzenie śluzówki górnych dróg oddechowych *przy* dżumie płucnej“ (zamiast: Zachorzenie śluzówki górnych dróg oddechowych w dżumie płucnej).

„Przedmiotem leczenia jest tylko czynność nerwów i odżywianie (!), przyczem *przy* chorobach ostrych i gorączkowych leczy się głównie nerwy, natomiast *przy* sprawach przewlekłych i bezgorączkowych głównie odżywianie (!)“ zamiast: Przedmiotem leczenia jest tylko czynność nerwów i odżywienie, przyczem w chorobach ostrych i gorączkowych leczy się głównie nerwy, natomiast w sprawach przewlekłych i bezgorączkowych głównie odżywienie).

„Zastosowano ją (proteinoterapję) do leczenia zakażeń ze szczególnem umiejscowieniem spraw zapalnych, jak *przy* rzerzączkowych schorzeniach przydatków macicznych, przy czyrakach, stanach zapalnych w stawach, *przy* wrzodach żołądka i dwunastnicy, wogóle *przy* zastarzałych schorzeniach i stanach zapalnych w najrozmaitszych narządach“ (zamiast: ...w rzeżączkowych schorzeniach przydatków..., w czyrakach..., ...w stanach zapalnych w stawach, we wrzodach żołądka..., wogóle w zastarzałych schorzeniach...).

„Wiemy..., że grasica zanika *przy* głodzeniu i *przy* wszelkich schorzeniach, upośledzających odżywianie (!)“ (zamiast: Wiemy..., że grasica zanika wskutek głodzenia i we wszelkich schorzeniach, upośledzających odżywienie).

„Szumy podmiotowe *przy* normalnym słuchu“ (zamiast: Szumy podmiotowe wobec słuchu normalnego).

„Poznać dokładnie, określić ściśle, kiedy robotnik *przy* pracy dochodzi do rzeczywistego zmęczenia — to jest wielkie zagadnienie“ (zamiast: ...kiedy robotnik podczas pracy dochodzi...).

„Te przypadki operują... *przy* naturalnie kontroli światła“ „zamiast: Te przypadki operują... naturalnie pod kontrolą światła).

„Insulina *przy* gośćcu przewlekłym“ (zamiast: Insulina w gośćcu przewlekłym).

„Charakterystyczne bóle *przy* kaszlu“ (zamiast: Charakterystyczne bóle podczas kaszlu).

„W przypadkach tych trwałe polepszenie i często wyleczenie uzyskujemy tylko *przy* leczeniu fosforem, i to nieraz dopiero *przy* użyciu wysokich dawek“ (zamiast: ...wyleczenie uzyskujemy tylko jeśli leczymy fosforem, i to nieraz dopiero po użyciu wysokich dawek).

„Każdy przypadek porodu *przy* miednicy ścieśnionej należy indywidualizować“ (zamiast: Każdy przypadek porodu wobec miednicy ścieśnionej należy indywidualizować).

„Stosunek albumin do globulin *przy* różnych postaciach suchot płucnych“ (zamiast: ...w różnych postaciach...).

„Działanie eukadolu *przy* kokluszu“ (zamiast: Działanie eukadolu w kokluszu).

„Jodoform *przy* wilku“ (zamiast: ...przeciw wilkowi).

„Przypadek krwawień skórnych i owrzodzeń *przy* rzeżączce“ (zamiast: Przypadek krwawień skórnych i owrzodzeń w rzeżączce).

„*Przy* wywiadach w takich przypadkach niedrożności z powodu kamieni żółciowych często dowiemy się, że nigdy nie cierpieli na żadne dolegliwości z powodu kamieni żółciowych“ (zamiast: Z wywiadów... dowiemy się...).

„Wiemy też, że taka wędrówka *przy* wielkiej liczbie pasorzytów może wywołać ciężkie nawet zaburzenia ze strony narządów oddechowych“ (zamiast: ...taka wędrówka wobec wielkiej liczby pasorzytów może wywołać...).

„Starożytni lekarze przypisywali tej istocie organicznej, którą pojmowali jako śluz wydzielany przez nerki, przodującą rolę *przy* tworzeniu kamienia“ (zamiast: ...przodującą rolę w tworzeniu się karmienia).

„Na szyji (!) miał on wielki wól, a *przy* proporcjonalnych kończynach dolnych, górne były nakształt małpich uderzająco za długie“ (zamiast: Na szyi miał on wielki wól, a obok proporcjonalnych kończyn dolnych, górne były nakształt małpich...).

„Lecz ...*przy* poronieniu z nędzy — kara powinna być złagodzoną (!)“ zamiast: Lecz ...w razie poronienia z nędzy — kara powinna być złagodzona).

„*Przy* dochodzeniu ustalono, że dana kobieta była w ciąży i poroniła“ (zamiast: Podczas dochodzenia ustalono...).

„*Przy* mieszkaniu w willach prywatnych i stołowaniu się w jadłodalniach, zmiana ta (zmiana kuchni) bywa nieraz, niestety, zmianą na gorsze).

„Głos *przy* pogrzebie Józefa Celińskiego miany przez D. Jana Sztummera w Warszawie 19 maja 1832 r.“ (zamiast: Głos Dra Jana Sztummera na pogrzebie Józefa Celińskiego 19 maja 1832 r.).

„Przeszło 100 lat temu posługiwano się substancją jądrową *przy* osłabieniu seksualnem, substancją płucną *przy* chorobach płuc, łożyskiem *przy* słabych bólach porodowych“ (zamiast: Przeszło 100 lat temu posługiwano się substancją jądrową przeciw osłabieniu seksualnemu, substancją płucną przeciw chorobom płuc, łożyskiem przeciw słabym bólom porodowym).

„Wgniecenia kości czołowych są bardzo częste *przy* porodach kleszczowych; powstają one jednak nie przez ucisk nałożonych kleszczy, lecz przez ucisk wzgórka na główkę *przy* przeciąganiu jej przez miednicę“ (zamiast: Wgniecenia kości czołowych są bardzo częste po porodach kleszczowych; powstają one... przez ucisk wzgórka na główkę podczas przeciągania jej przez miednicę).

„*Przy* wystawianiu świadectw lekarskich może się również zdarzyć, że wymienienie choroby, wzgl. przyczyny zgonu, może być uważane jako naruszenie tajemnicy lekarskiej“ (zamiast: Z powodu wystawiania świadectw lekarskich...).

„Zejścia śmiertelne *przy* użyciu nowokainy są naogół rzadkie i najczęściej stosunkowo dadzą się stwierdzić *przy* zastosowaniu wśródlędźwiowem (!)“ zamiast: Zejścia śmiertelne po użyciu nowokainy są naogół rzadkie i stosunkowo najczęściej dadzą się stwierdzić po zastosowaniu śródlędźwiowem).

„Panuje u nas jeszcze zwyczaj pokazywania noworodka i niemowlęcia osobom krewnym i znajomym *przy* wszelkich odwiedzinach“ (zamiast: ...podczas wszelkich odwiedzin).

„Przeciętnie po 5-iu miesiącach życia niemowlę podwaja swoją wagę *przy* urodzeniu“ (zamiast: Przeciętnie... niemowlę podwaja swoją wagę, jaką miało w chwili urodzenia się).

„Noworodek czuje się *przy* swojej żółtaczce prawie zawsze dobrze“ (zamiast: Noworodek pomimo żółtaczki czuje się prawie dobrze).

„*Przy* użyciu do wcierania w skórę myszy pozostałości stałej po destylacji *przy* 400°, raki powstają łatwiej i znacznie prędzej ...niż *przy* użyciu czystej smoły gazowej“ (zamiast: W razie użycia do wcierania w skórę myszy pozostałości stałej po destylacji w ciepłocie 400°, raki powstają łatwiej i znacznie prędzej... niż wtedy, gdy się użyje czystej smoły gazowej, albo: po użyciu... niż po użyciu).

„Nadzwyczaj ważną rolę *przy* wyborze zwierząt do doświadczeń odgrywa ich gatunek“ (zamiast: Nadzwyczaj ważną rolę w wyborze zwierząt...).

„Pankiewicz... nakłuwał skórę szczurów za pomocą przyrządu Baunscheidt'a, używanego dawniej *przy* wcieraniu w skórę olejku krotonowego“ (zamiast: P.... nakłuwał skórę szczurów zapomocą przyrządu Baunscheidt'a, który stosowano dawniej przed wcieraniem w skórę olejku krotonowego).

„Gatunek smoły, jej części składowe mają także dość ważne znaczenie *przy* powstawaniu raka“ (zamiast: ...mają ważne znaczenie w powstawaniu raka).

„Odporność ta, wytworzona wstrzykiwaniem tkanki rakowatej wysuszonej, była znacznie słabsza, niż *przy* szczepieniu materjałem żywym“ (zamiast: ...była znacznie słabsza, niż wówczas, gdy szczepiono materjałem żywym).

„Przypomina to obrazy *przy* tworzeniu się nowotworów mieszanych w okolicy ust“ (zamiast: Przypomina to obrazy podczas tworzenia się nowotworów mieszanych w okolicy ust).

„Dzieje się to zupełnie przeciwnie jak *przy* rakach, wychodzących z nabłoniaka mieszkowego“ (zamiast: Dzieje się to zupełnie przeciwnie jak w rakach...).

„Niektóre z nich (tworów rogowych) *przy* usuwaniu wyschniętej smoły, wraz z nią się odrywały“ (zamiast: Niektóre z nich podczas usuwania wyschniętej smoły odrywały się razem z nią).

„Nareszcie jest również zrozumiałem (!) jego dobre pamiętanie nut *przy* braku słuchu muzycznego“ (zamiast: Wreszcie zrozumiałe jest również jego dobre pamiętanie nut pomimo braku słuchu muzycznego).

„Dwa inne (przypadki śmierci) są następstwem częściowego wycięcia gruczołu tarczowego *przy* wolu zwykłym, oraz wolu, towarzyszącym chorobie Basedowa“ (zamiast: Dwa inne są następstwem częściowego wycięcia gruczołu tarczowego we wolu zwykłym...).

„Toć nie tak dawno jeszcze wcale nie leczono cewki kobiecej *przy* tryprze“! (zamiast: Toć nie tak dawno jeszcze wcale nie leczono cewki kobiecej w przypadku trypra).

„*Przy* wszystkich badaniach uwzględniałem również zabarwienia, stosowane zazwyczaj *przy* badaniu czynności wydzielniczej komórek“ (zamiast: Podczas wszystkich badań uwzględniałem również zabarwienia, stosowane zazwyczaj do badania czynności wydzielniczej komórek).

„Tak samo nie widziałem w nabłonku pępowiny nigdzie komórek, wykazujących wcięcia, które opisywałem *przy* komórkach nabłonkowych owodni“ (zamiast: ...które opisywałem, mówiąc o komórkach nabłonkowych owodni).

„W tym czasie leczenia insuliną nie powtarzał, przytrzymując (!) się (!) jedynie wskazówk, które otrzymał *przy* wyjściu z kliniki“ (zamiast: ...trzymając się jedynie wskazówek, które otrzymał, wychodząc z kliniki).

„I ja również podzielam pogląd ten (o zakwestjonowaniu skuteczności autoliquoroterapji), bo jakkolwiek mam kilka przypadków szybkiego wyzdrowienia ze śpiączki *przy* wczesnem stosowaniu tego zabiegu, w późniejszych okresach *przy* mioklonjach dodatniego wyniku po nim nie widziałem“ (zamiast: I ja również podzielam ten pogląd, bo aczkolwiek mam kilka przypadków szybkiego wyzdrowienia ze śpiączki po wczesnem stosowaniu tego zabiegu, w późniejszych okresach w myoklonjach dodatniego wyniku po nim nie widziałem).

„Czynniki lecznicze i wskazania dla stacji klimatycznej Davos *przy* chorobach płuc“ (zamiast: Czynniki lecznicze i wskazania stacji klimatycznej Davos w chorobach płuc).

7. *„Ilość“ zamiast „liczba“.*

Do błędów stylistycznych, urągających wszelkiej logice, należy bezwątpienia posługiwanie się mianem *ilość* tam, gdzie powinno stać jedynie miano *liczba.* O tem należy koniecznie pamiętać, że zbiorowisko istot podobnych lub nagromadzenie rzeczy podobnych można oceniać tylko mianem *liczba,* nie zaś mianem *ilość* tak, jak przeciwnie — skupiska rzeczy stałych lub płynnych, wziętych w pewnej ich części, można oceniać tylko mianem *ilość,* nie zaś mianem *liczba.* Zdrowy sens stylistyczny wymaga, aby mówić i pisać: „Znaczna liczba mieszkańców“, „mała liczba chorych“, „znaczna ilość wody“, „mała ilość mleka“.

A oto przykłady błędu tego w pismach i dziełach lekarskich:

„Uderza, że owe komórki małe i bardzo wielkie są czasem skupione we większej *ilości* na większych lub mniejszych odcinkach pępowiny“ (zamiast: ...owe komórki... są... skupione we większej liczbie...).

„W zakażeniu gruźliczem ustrój w bardzo poważnej *ilości* przypadków... nabywa... coraz to większej skłonności do dalszego rozszerzania się“ (zamiast: ...ustrój w bardzo poważnej liczbie przypadków...).

„Żadne zwiększenie siły prądu lub częstość szoków (!) indukcyjnych nie zmienia tej *ilości* skurczów uda“ (zamiast: Żadne zwiększenie siły prądu lub częstość wstrząsów indukcyjnych nie zmienia tej liczby skurczów uda).

„*Ilość* naczyń może się zwiększać“ (zamiast: Liczba naczyń może się zwiększać).

„Sądzić o niej (jaglicy) możemy... na podstawie liczb, dotyczących *ilości* zachorowań w wojsku polskiem“ (zamiast: ...na podstawie liczb, dotyczących liczby zachorowań...).

„Lekarz może osiągnąć większy zarobek tylko zwiększając *ilość* „punktów“ t. j. udzielanych porad i zabiegów przy (!) bardzo niskiej opłacie za punkt“ (zamiast: „Lekarz może osiągnąć większy zarobek tylko zwiększając liczbę „punktów“, t. j. udzielanych porad i zabiegów wobec bardzo niskiej opłaty za punkt).

„*Ilość* chorych może być mniejszą (!) od *ilości* punktów“ (zamiast: Liczba chorych może być mniejsza od liczby punktów).

„Pewna *ilość* lat takiej pracy powinna być uwzględniona przy (!) przenoszeniu do wyższej kategorji“ (zamiast: Pewna liczba lat takiej pracy powinna być uwzględniona w razie przenoszenia do wyższej kategorji).

„Nie mieliśmy zupełnie wrażenia jakoby zbyt wielka *ilość* ciąży była jednym z powodów skłonności do zmięknienia“ (zamiast: ...jakoby zbyt wielka liczba ciąży była...).

„W grupie przekwitaniowej (!) także nadmiernej *ilości* porodów nie stwierdziliśmy“ (zamiast: W grupie przekwitania nie stwierdziliśmy także nadmiernej liczby porodów).

„*Ilość* kostnych ciałek nie zwiększona“ (zamiast: Liczba ciałek kostnych nie zwiększona).

„Największa *ilość* krwinek białych, którą naliczono u chorego z pośród zebranych w tablicy I, wynosiła — 56,600, zaś (!) u chorego z pośród zebranych w tablicy II — 77,000“ (zamiast. Największa liczba krwinek białych, którą naliczono u chorego z pośród zebranych w tablicy I, wynosiła — 56,000, u chorego zaś z pośród zebranych w tablicy II — 77,000.

„Salwarsan znacznie zmniejsza *ilość* płytek we krwi...“ (zamiast: Salwarsan znacznie zmniejsza liczbę płytek we krwi...).

„Obok zalet mają Druskieniki i wady... mała *ilość* ulic zabrukowanych, niedostateczna *ilość* mieszkań“ (zamiast: Druskieniki obok zalet mają i wady... mała liczba ulic zabrukowanych, niedostateczna liczba mieszkań).

„W pozostałej *ilości* przypadków były (!) to, albo szereg łagodnych zgięć w *ilości* do czterech, albo ostre kątowe zgięcia od 1 do 2“ (zamiast: W pozostałej liczbie przypadków był to albo szereg łagodnych zgięć w liczbie do czterech, albo ostre zgięcia kątowe od 1 do 2).

„Dwaj pierwsi (Platon i Arystoteles), lękając się przeludnienia domagają się ograniczenia *ilości* potomstwa, Cyceron zaś — uważając, że siłą rzeczypospolitej jest *ilość* jej obywateli — żąda kar na osobę... za pozbawienie społeczeństwa przyszłego członka“ (zamiast: ...domagają się ograniczenia potomstwa, Cyceron zaś, uważając, że siłą rzeczypospolitej jest liczba jej obywateli, żąda kar...).

„Określić rzeczywistą *ilość* sztucznych poronień jest rzeczą niemożliwą“ (zamiast: Określić rzeczywistą liczbę sztucznych poronień jest rzeczą niemożliwą).

„*Ilość* znajdowanych zwłok płodów również do pewnego stopnia coś mówi o *ilości* sztucznych poronień“ (zamiast: Liczba znajdowanych zwłok również do pewnego stopnia mówi coś o liczbie sztucznych poronień).

„*Ilość* sekcji zwłok kobiet, zmarłych po poronieniu“ (zamiast: Liczba sekcyj zwłok...).

„*Ilość* spraw, wszczętych przez sędziów śledczych w Warszawie z powodu poronień“ (zamiast: liczba spraw...).

„Działanie prądu przerywanego o małej *ilości* przerywań“ (zamiast: ...o małej liczbie przerywań).

„Wskutek bardzo trudnych warunków powojennych, które nie pozwalają na budowanie dostatecznej *ilości* domów mieszkalnych, często ludzie są dzisiaj zmuszeni mieszkać w domach, w których mury i podłogi przesycone są wilgocią“ (zamiast: ...nie pozwalają na budowanie dostatecznej liczby domów...).

„Wzrasta również *ilość* komórek barwnikowych“ (zamiast: liczba komórek...).

„Stosowaliśmy u pewnej *ilości* zwierząt dziegieć“ (zamiast: ...u pewnej liczby zwierząt...).

„Z wielkiej liczby badań... zaledwie w niewielkiej *ilości* przypadków te próby (szczepień) dały wynik dodatni“ (zamiast: Z wielkiej liczby badań... zaledwie w niewielkiej liczbie przypadków próby te dały wynik dodatni).

„W celu wykazania stosunku *ilości* zwierząt, które zginęły podczas badań do ogólnej *ilości* zwierząt, wziętych do doświadczeń, przytaczamy następujące wywody“ (zamiast: ...stosunku liczby zwierząt... do ogólnej liczby zwierząt...).

„Ta *ilość* chorych (na rozmiękninie kości) rozkładając się na cztery lata, nie wydała się atoli dużą“ (zamiast: Ta liczba chorych, rozłożona na cztery lata, nie wydała się atoli dużą).

„Obecnie wyeliminowanie dzieci z ognisk jaglicy jest niemożliwe, ponieważ *ilość* zakażeń jaglicą jest niewspółmierna z *ilością* miejsc w szpitalach“ (zamiast: ...ponieważ liczba zakażeń jaglicą jest niewspółmierna z liczbą miejsc w szpitalach).

„Ogólna *ilość* uprawnionych do głosowania 566“ (zamiast: Ogólna liczba uprawnionych...).

8. *„Treść“ czy „zawartość“.*

Często się czyta w czasopismach i dziełach lekarskich o *treści* żołądka, o *treści* jelit i t. p. Są to wyrażenia niewłaściwe i zupełnie zbyteczne, gdyż ma się na myśli to, co mieszczą w sobie te organa, to co jest w nich zawarte, zamknięte, to co jest niemi objęte, a więc ich zawartość *(contentum).* Sok żołądkowy, pokarm lub kał może być tylko z a w a r t o ś c i ą, ale nie treścią żołądka lub kiszek. Pod t r e ś c i ą bowiem pojmujemy osnowę, jądro i istotę rzeczy, wyciąg, wycisk *(extractum),* streszczenie, skrócenie *(sententia, conspectus)* i t. p. i w tem znaczeniu można tylko mówić

o treści życia, o tem, że cnota jest treścią człowieka, o treści artykułu, o treści dzieła, wreszcie o treści wina.

Naśladując jednak język niemiecki, który na oddanie zarówno treści, jak i zawartości ma tylko jeden wyraz: Inhalt, posługiwano się w b. Galicji, a stąd i w całej Polsce mianem treść na wyrażenie zawartości i błąd ten trwa do dziś dnia, szpecąc pisma i dzieła lekarskie, np.:

„Względnie najczęstsza jest przepuklina przekrwieniowa z jajnikiem jako *treścią (Oophorokele vaginalis)*" (zamiast: ...z jajnikiem jako zawartością).

„Badanie *treści* żołądka po próbnem śniadaniu dało wynik ujemny" (zamiast: Badanie zawartości żołądka...).

„Możnaby określić pochodzenie tych gruczolaków torbielowatych na podstawie stwierdzonych przez niektórych autorów własności fermentacyjnych *treści* zawartej w torbielkach..." (zamiast: ...własności fermentacyjnych zawartości torbielek).

„W jednym przypadku, dotyczącym chorej 19-letniej ...z objawami tarczycowej postaci gruźlicy płucnej i zrostów po przebytym wrzodzie żołądka, mieliśmy zmniejszona kwasotę *treści...*" (zamiast: W jednym przypadku... mieliśmy zmniejszoną kwaśność zawartości...).

„Tylko przy (!) sympatykotonji otrzymywaliśmy przewidywane stany podkwaśności lub kwasoty (!) prawidłowej, dla innych zaś stanów napięcia układu roślinnego związek jego z kwasowością (!) *treści* żołądkowej zupełnie ustalić się nie dał" (zamiast: Tylko w razie sympatykotonji otrzymywaliśmy przewidywane stany podkwaśności lub kwaśności prawidłowej, dla innych zaś stanów napięcia układu roślinnego związek jego z kwaśnością zawartości żołądkowej zupełnie nie dał się ustalić).

„Na pierwsze miejsce natychmiast wysuwają się cechy kliniczne płynu mózgowordzeniowego: ciśnienie jego bywa zwykle wzmożone ....., obraz drobnowidzowy — zupełnie ujemny lub wykazujący nieobfitą pleocytozę o przewadze limfocytów, zaś *treść* bakterjologiczna całkowicie ujemna" (zamiast: ...... zawartość zaś bakterjologiczna całkowicie ujemna).

„Zamknięciem pętli odprowadzającej przez wytwarzającą się ostrogę i krążeniem nieprawidłowem *treści* żołądkowo-dwunastniczej nie da się wytłómaczyć cały szereg objawów występujących przy tym stanie chorobowym" (zamiast: Zamknięciem pętli odprowadzającej przez wytwarzająca się ostrogę i krążeniem nieprawidłowem zawartości żołądkowodwunastniczej nieda się wytłómaczyć cały szereg objawów, występujących w tym stanie chorobowym).

„Przepłukanie żołądka daje *treść* wodnistą z wielką domieszką żółci" (zamiast: Przepłókanie żołądka daje zawartość wodnistą z wielką domieszką żółci).

„Wahania kwasoty (!) w różnych częściach *treści* żołądkowej" (zamiast: Wahania kwaśności w różnych częściach zawartości żołądkowej).

„*Treść* jelit tworzył płyn czarny, składający się głównie z rozłożonej krwi" (zamiast: Zawartość jelit tworzył płyn czarny, składający się z krwi rozłożonej).

„Zastój *treści* jelitowej jest niebezpieczny o ile trwa dłużej" (zamiast: Zastój zawartości jelitowej .....).

„Taka *treść* w oskrzelikach płuc osesków może być mylnie uważana za wydzielinę nieżytową" (zamiast: Taka zawartość w oskrzelikach ......).

„Obecność chloroformu w *treści żołądkowej*".

„*Treść* torbieli (wargi większej sromu) przy (!) ucisku dawała się przesunąć ku górze ku otworowi zewnętrznemu kanału pachwinowego, który był zamknięty" (zamiast: Zawartość torbieli podczas ucisku dawała się przesunąć .....).

„*Treścią* torbieli wydobytej (!) nakłuciem był płyn jasnożółty surowiczy" (zamiast: Zawartością torbieli, wydobytą nakłuciem, był płyn jasnożółty surowiczy).

OCENY.

Prof. G. Guillain, G. Laroche i P. Lechelle: *Technique de la reaction du benjoin colloidal.* Paryż. Masson et Cnie, str. 34.

Ukazanie się wpomnianego dziełka w r. 1922 wywołało tak żywe zainteresowanie neurologów, psychjatrów, a nawet patologów, że pierwszy nakład rychło wyczerpano, wskutek czego zaszła konieczność uczynienia nowego wydania. Uproszczona technika wykonywania odczynu spowodowała, że wynik jego obok odczynu Wasser. jest niezbędnym środkiem pomocniczym dla celów pewnego i ścisłego rozpoznania kiły układu nerwowego będącej w okresie rozwojowym. Ideą autorów było przedstawienie w jaki sposób należy wspomniany odczyn przeprowadzać w pracowni lub w warunkach *ad hoc* stworzonych. Dostępny sposób, wyjaśniający należycie technikę wykonywania omawianego odczynu nadto dodane do tego liczne illustracje pokazowe udostępniają przeprowadzanie samego badania w praktyce codziennej. Udoskonalona w ten sposób metoda i technika zachęci z pewnością wielu lekarzy praktyków do rozległego stosowania omawianego odczynu.

W dołączonym wykazie prac źródłowych, na których opierają się autorowie uwzględnione jest wyłącznie współczesne piśmiennictwo francuskie.

W. Janusz (Kulparków).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny lekarskie, Rocznik XXXIX, zeszyty 15—16, z 1 sierpnia 1927: E. Wajs i H. Waserman: Dwa przypadki martwicy trzustki. — K. Opoczyński: Plasmocytoma xanthomatosum (dok.). — B. Wilamowski: Polyposis intestini adenomatosa. — Z. Wąsowicz: Leczenie przewlekłych chorób serca w Krynicy. — W. Mikułowski: Patogeneza cholery w świetle poglądów Sanarelli'ego. — A. Wasilewski: Prace w streszczeniu (c. d.). — S. Giebocki: Czemu zapominamy o stawianiu baniek.

Pamiętnik Wileńskiego Tow. lekarskiego. Rok III, zeszyt II—III za marzec—czerwca 1927: S. Tarasiewicz: Przypadek zakażenia wymoczkowego. — K. Michejda: W sprawie t. zw. gazowego zapalenia otrzewny. — A. Wirszubski i C. Zarcyn: Przyczynek do leczenia mimowolnego moczenia nocnego. — C. Szabad: Ruch ludności żydowskiej w Wilnie 1911—1920. — J. Abramowicz i J. Tymiński: O stosunku ciśnienia śródczaszkowego do krążenia krwi w siatkówce. — Protokoły posiedzeń Wil. Tow. lek. — Sprawozdanie doroczne z działalności Stow. lek. Polaków w Wilnie za r. 1926.

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIV, Nr. 33, z 14 sierpnia 1927: Wykrywanie alkaloidów w obecności piramidonu w analizie sądowej. — Sprawozdanie z działalności Państwowego Instytutu farmaceutycznego za r. 1926 (c. d.). — Nowa niemiecka ustawa o obrocie środkami służącemi do utrzymania życia i przedmiotami użytkowemi. — Nowa farmakopea holenderska. — Sprawy zawodowe. — Rozporządzenia i okólniki władz.

Dziecko i matka, Rok II, Nr. 15 z r. 1927: B. C.: Idealne dziecko. — C. Bańkowska: Dzieci „niegrzeczne" (c. d.). — I. Ch...a: Pielęgnowanie i wychowanie niemowlęcia. — Fr. Ks. Cieszyński: Kąpiele. — H. Kramsztyk: Marchew. — Z. Kurlandski: O letnich zaburzeniach żołądkowo-kiszkowych u niemowląt.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LIV, Nr. 34, z 21 sierpnia 1927: Sprawozdanie z działalności Państw. Instytutu farmaceutycznego za r. 1926 (c. d.). — Nowa farmakopea holenderska (c. d.). — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Polskie Archiwum medycyny wewnętrznej, Tom V, zeszyt 3, z sierpnia 1927: Statut i regulamin Tow. int. polskich (projekt). — Sprawozdanie zarządu T. i. p. — I. K. Parnas: O kwasicy. — A. Oszacki: O znaczeniu fizjologicznem i klinicznem kwasicy, jako zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej w ustroju. — W. Jezierski: Dychawica oskrzelowa. — H. Lubieniecki: O roli układu nerwowego w dychawicy oskrzelowej.

Nowiny lekarskie, Rocznik XXXIX, zeszyt 12, z 15 czerwca 1927: F. Łukaszczyk: Wpływ insuliny na przemianę materji u chorych na cukrzycę. — P. Smolaga: Ciała obce w jamie macicy. — Z. Dziembowski: Leczenie wrzodu żołądka i dwunastnicy. — E. Reicher: O znaczeniu układu wegetatywnego w medycynie wewnętrznej (dok.). — A. Wasilewski: Prace w streszczeniu (c. d.). — A. Puławski: Kilka słów uzupełnienia do artykułu: „O urządzeniu i prowadzeniu kuchni szpitalnej".

Nowiny lekarskie, Rocznik XXXIX, zeszyt 13 z lipca 1927: F. Obarski: O znieczuleniu nadoponowem. Stosowanie wstrzykiwań nadoponowych w 29 przypadkach rwy kulszowej. — E. Wajs i W. Kosiński: Rola peptonu w leczeniu schorzeń jelitowych. — A. Wasilewski: Prace w streszczeniu (c. d.).

Nowiny lekarskie, Rocznik XXXIX, zeszyt 14, z 15 lipca 1927: K. Opoczyński: Plasmocytoma xanthomatosum. — Bajoński: Pęknięcie macicy podczas porodu. — H. Danecki: Wahania odczynu Wassermanna i pokrewnych odczynów. — W.

Kruszewska: Przyczynek do rozpoznawania ostrego zapalenia trzustki o przebiegu łagodnym. — A. Wasilewski: Prace w streszczeniu (c. d.).

Warszawskie czasopismo lekarskie, Rok IV, Nr. 12 z 15 sierpnia 1927: E. Herman: Fizjopatologja przysadki mózgowej oraz dna III komory (dok.). — M. Eiger i S. Rubinstein: O zależności ciał azotowych bezbiałkowych od układu nerwowego współczulnego i obokwspółczulnego. — A. Landau, M. Fejgin i J. Held: Parę uwag o leczeniu cukrzycy. — B. Karbowski: O otwarciu operacyjnem uchyłka jamy bębenkowej i jamy sutkowej (Atticoantrotomia) przez przewód słuchowy zewnętrzny. — J. Kon: Rola witamin w dietetyce dziecięcej (str. zb. dok.). — L. Jelenkiewicz: Współczesny stan leczenia wewnętrznego kamicy żółciowej (dok.). — Wł. Medyński: Z zagadnień psychologji lekarskiej. — St. Tubjasz: Angielskie Ministerstwo Zdrowia Publicznego (Ministry of health).

Pedjatrja Polska, Tom VII, zeszyt 4, za lipiec i sierpień 1927: Dąbrowski i Sobocińska: Wyniki leczenia płonicy surowicą swoistą. — Michałowicz: O akcji zapobiegawczej przeciw chorobie płoniczej. — Wiszniewski: Przyczynek do rokowania i leczenia ciężkich powikłań sercowych w przebiegu plasawicy. — Ziegler: Przyczynek do leczenia tężca u dzieci. — Celarek i Sparrow: Uodparnianie przeciwko płonicy za pomocą anatoksyny. — Mikułowski: Porażenie połowicze a kiła u dziecka.

Opieka nad dzieckiem, Rok V, Nr. 4, za lipiec i sierpień 1927: J. Bogdanowicz: Żłóbki fabryczne dla niemowląt. J W. Mikułowski: O pielęgniarce społecznej. — H. Krahelska: O znaczeniu i celu zwiedzania zakładów opiekuńczych. — J. Truszkowski: Przyczynek do rozwoju fizycznego naszej młodzieży. — Kształcenie pracowników opieki społecznej nad dziećmi i młodzieżą. — A. Klęsk: Granica między opieka szkolną a domową.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo angielskie.

The Lancet.

Nr. 5353, 1926.

Sir Thomas Horder, Bart.: *Endocarditis.*

Bernard Hart: *O rozwoju psychopatologji i jej stanowisku w medycynie.*

C. G. L. Wolf i J. R. C. Canney: *Leczenie niedrożności jelita (Ileus) za pomocą choliny.*

Herbert Henry i F. C. Lewis: *Miano antitoksyny wobec paciorkowca płonicy we krwi ozdrowieńców po płonicy.*

Thomas Guthrie: *Herpes Zoster Oticus i pokrewne stany.*

Nr. 5354.

Sir Thomas Horder: *Endocarditis.*

G. H. Pooley: *Oczopląs u górników.*

John P. Mc. Hutchinson i W. Herbert Brown: *Nowe zastosowanie leczenia radem (zastosowanie wytworów rozpadu radu — w niektórych chor. skóry).*

L. R. Shore: *Ostra rozstrzeń żołądka jako powikłanie sztucznej odmy.*

J. P. Martin: *Zaburzenia układu nerwowego ośrodkowego ujawnione wskutek napadu epileptycznego.*

V. M. Sygne: *Meningitis pneumococcica.*

T. H. Oliver: *Śpiączka cukrzycowa bez acetonurji.*

Z tow. lek.: *Lekarskie towarzystwo do studjów nad chorobami wenerycznemi: Małżeństwo a kiła.* — Redakcyjne artykuły sprawozdawcze: 1) kliniki chorób serca i 2) metoda Eggelstona wielkich dawek naparstnicy.

Ad 1.

W związku z poprzedniem sprawozdaniem redakcji o: „Stowarzyszeniu zapobiegania chorobom serca“ oraz pomocy tym chorym — podaje redakcja streszczenie pracy p. t.: Dr. John Wyckoff: (w New-York State Journal of Medicine Now. 1st. 1925) *o zadaniu i organizacji klinik do leczenia chorób sercowych* [1]).

[1]) Oprócz jednego czy dwóch sanatorjów niemieckich dla chorych z chorobami serca — o ile wiem nie ma obecnie odrębnych zakładów takich. W czasopismach wyjątkowe odzywały się głosy (Grassman w Münch. med. W.) przed laty. U nas obecnie Dr. Kryszek w Łodzi w bardzo cennej pracy drukowanej jako rękopis — za łaskawe przesłanie mi jej, szczerze dziękuję — wykazuje potrzebę poradni dla tych chorych i nadzwyczajną doniosłość indywidualną i społeczną. *Sprawozd.*

Klinika taka musi być w ścisłem zetknięciu z kliniką chorób wenerycznych (kiłowych? sprawozd.), otolaryngologiczną i dentystyczną — i móc korzystać z laboratorjów klinicznych, rentgenologicznych i elektrokardjograficznych. W sali chorych widzi młody lekarz tylko mały okres życia chorego z wadą serca, podczas gdy w przychodni widzi przebieg przewlocznej choroby, jej pielęgnowanie i leczenie w szczególności nowsze postępy — pozostając przytem w styczności z kolegami z innych działów. Klinika ta ma zatrzymać chorego jak może najdłużej. Rozpoznawanie obejmie nietylko zmiany tkanek i czynności serca, lecz dokładne zbadanie warunków społecznych, materjalnych, trybu życia, i zależności (odpowiedzialności) chorego. System wywiadowczy dostarczy dat. W szpitalu „Belle-vue“ po uzyskaniu przy — pierwszej wizycie szczegółowych wywiadów i po zarządzeniu leczenia tymczasowego — wywiadowca- (czyni) odwiedza mieszkanie chorego; następnego tygodnia bada się specjalistycznie nos i szyję, wykonuje się elektrokardjogram i zdjęcie rentgenowskie, a przy trzeciej wizycie dentysta bada chorego tak, iż ordynujący lekarz może ułożyć plan leczenia. Obok oddziału dziecięcego proponuje autor oddział dla dorastających (od 16-letnich) stopniowo przenosząc chorych do oddziału dla dorosłych. Ozdrowieńcy umieszczeni mają być w osobnym oddziale — odrębnie od tych, którzy nie mają widoków, by „leczeniem w oddziale ozdrowieńców“ stan ich uległ wybitnej poprawie. Autor wskazuje na wielkie korzyści ekonomiczne leczenia tego rodzaju dla chorych — w sile wieku będących.

Ad 2.

W lutowym numerze Edinburgh medical Journal streszcza Dr. A. Rae Gilchrist wyniki stosowania wielkich dawek naparstnicy — (metoda Prof. Eggelston'a z N. Jorku) — w 50 przypadkach migotania przedsionkowego, Anglicy mówią o „auricular fibrillation“ — migotanie uszka. W niegroźnych przypadkach przed rozpoczęciem leczenia właściwego — obserwowano chorego w łóżku przez kilka dni. Leczenie polegało na stosowaniu przepisów Eggelstona — podając pełne dawki sproszkowanych liści w pełnej ilości podzielonej na 3 dawki w przerwach 4 godzinnych. W 6 godzin po pierwszej dawce tętno wybitnie zwolniło się — pełny skutek zjawił się przed 24 godzinami — wyjąwszy przypadki przekrwienia w zakresie żyły brannej, co opaźniało wynik do 48 godzin. Skutek naparstnicy trwał od 2—10 dni. Jakkolwiek dawka toksyczna nie wiele się różni od leczniczej, to przecież nie spostrzegł w swoich (gośćcowych) przypadkach poważniejszych objawów toksycznych — wyjątkowo zdarzały się skurcze dodatkowe: jednak w 4 przypadkach o rytmie prawidłowym — wystąpiło migotanie po wielkich dawkach naparstnicy; u 2 z nich samoistnie wrócił rytm do normy. Toksyczne objawy częściej występują u chorych dotkniętych miażdżycą mięśnia sercowego. W groźnych przypadkach podawanie *per os* wielkich dawek naparstnicy jest mniej niebezpieczne niż dożylnie stosowana Strophantyna. Najlepsze wyniki osiąga się w gośćcowych schorzeniach serca, w których zjawiło się migotanie przedsionków [2]).

Dr. Pisek (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Ginekologja.

Archiv f. Gynäkologie.

Tom 129, zeszyt 2.

O. Pritzi (Wiedeń): *Śmiertelność dzieci w czasie porodu a operacja kleszczowa.* Na podstawie krytycznej oceny materjału II kliniki wiedeńskiej, obejmującej przeszło 31.000 porodów, wypowiada autor zapatrywanie, że operacja kleszczowa nie przedstawia ani dla matki, ani dla dziecka tak wielkiego niebezpieczeństwa, jakto niektórzy przypuszczają. Specjalnie zastosowanie operacji kleszczowej nie wpływa wcale na odsetek śmiertelności dzieci. Dowodzi tego między innemi porównanie dwóch klinik, stojących biegunowo na wprost odmiennych stanowiskach co do operacji kleszczowej. Mianowicie klinika w Gracu stosuje operację kleszczową bardzo rzadko (0,82%), zaś klinika w Fryburgu bardzo często (8,32%), a mimo to odsetek śmiertelności dzieci w obu klinikach niemal jest ten sam, bo w pierwszej z nich wynosi 3,64%, a w drugiej 3,78%.

[2]) W najnowszym zeszycie grudniowym polskiego Archiw. med. wewn. (T. IV, zeszyt 4) proponuje Michalski w „Uwagach w sprawie mianownictwa“ etc., str. 695 wyrażenie: „drżenie porażenne przedsionków“ (auricular fibrillation). — Niestety w polskim języku trudno n. p. podać niemieckie „grobschlägiger u. feinschlägiger Tremor“ (drżenie) — w tym wypadku drżenie (tremor) nie oddaje tego nad wyraz drobnego i szybkiego ruchu — a więc zjawiska widzialnego, optycznego — właśnie migotanie jako pojęcie optyczne wydawało by mi się właściwe. *Sprawozdawca.*

Dlatego w ocenianiu wskazań do operacji kleszczowej nie powinno się zakreślać zbyt ciasnych granic, to znaczy, że nie powinno się zbyt długo czekać z założeniem kleszczy. Odsetek 3—4% operacji kleszczowych odpowiadałby tym zapatrywaniom autora. Zdaniem autora stanowisko takie z jednej strony nie zwiększy śmiertelności dzieci, a z drugiej strony wpłynie korzystnie na chorobliwość i śmiertelność matek w połogu.

Stanowisko to atoli rezerwuje autor jedynie dla klinik i zakładów, w których istnieją nietylko wzorowe warunki aseptyki, ale nadto personal lekarski jest należycie wyszkolony. Zupełnie inne stanowisko zajmuje w tej sprawie wobec lekarza praktyka, który najczęściej w domu prywatnym nie ma dobrych warunków co do aseptyki i dla którego atypowa operacja kleszczowa może być zabiegiem technicznie bardzo ciężkim. W tych warunkach i możność zakażenia matki jest znacznie większa. Dlatego wymaga autor, że lekarz praktyk winien przestrzegać idealnych warunków i wskazań ścisłych do operacji kleszczowej nawet wówczas, gdyby stanowisko to pociągnęło za sobą obumarcie pewnego odsetka dzieci. W tych przypadkach jedynie wzgląd na interes matki winien być decydujący.

P. Jonen (Bonn): *Badania doświadczalne pojemności przestrzeni międzykosmkowej łożyska ludzkiego.* Oznaczeniem pojemności przestrzeni międzykosmkowej zajmował się dotychczas jedynie badacz amerykański Dodds, który w tym celu obliczał najpierw całą masę łożyska, następnie robił preparaty histologiczne i powiększał obraz mikroskopowy przy pomocy projekcji. W ten sposób obliczał planimetrycznie pojemność badanego skrawka, a przez powielenie — całego łożyska. Z obliczeń tych oznaczył, że pojemność przestrzeni międzykosmkowej wynosi 63% całej objętości łożyska.

Ten sposób obliczania uważa autor za błędny, gdyż nie odpowiada on warunkom fizjologicznym i dlatego w badaniach swych posługiwał się zupełnie inną metodą, polegającą na przestrzykiwaniu łożyska normosolem w sposób, który dokładnie opisuje. Badał 120 łożysk zupełnie normalnych u kobiet zdrowych. Z badań tych wynika, że pojemność przestrzeni międzykosmkowej nie jest stała, jak to podaje Dodds, gdyż waha się od 90 do 330 cm³, w przeważnej zaś liczbie przypadków od 130 do 250 cm³. Ze stosunku tych liczb do całego łożyska wypada średnia pojemność przestrzeni międzykosmkowej od 30 do 41%, podczas gdy Dodds podaje 63% z całej objętości łożyska.

Dodawszy średnią pojemność w wysokości 175 cm³, do podanej przez Ficka, a występującej u ciężarnych utraty hydrostatycznej w wysokości 141 cm³, wypadnie średnio 316 cm³, co odpowiadałoby zwiększeniu ilości krwi o 6,35%, jeśli przyjmiemy za Welckerem, że cała ilość krwi w organizmie wynosi 5,000 cm³.

Doświadczenie autora przemawiałoby zatem, że stwierdzona przez wielu badaczy krwistość (pletora) w ciąży służy nietylko do wyrównania wzmożonej przemiany materji, lecz że pewna i to dość znaczna ilość krwi ma za zadanie wypełnienie zwiększonego obszaru naczyń i to przedewszystkiem w obrębie łożyska. Przyczyny znacznych wahań pojemności przestrzeni międzykosmkowej szukać należy prawdopodobnie w większej zmienności przytoczonych wyżej czynników jak nie mniej w jakości krwi odnośnie do jej własności dla płodu.

Wobec okoliczności, że prac podobnych niema w piśmiennictwie, co porównanie czyni niemożliwem, i że wchodzące w grę przy tych badaniach czynniki są bardzo zmienne, nie wysnuwa autor z badań swych stanowczych wniosków, które będą możliwe dopiero po zebraniu znacznie większego materjału doświadczalnego.

M. Leiser (Drezno): *Wczesne rozpoznanie ciąży za pomocą obrazu roentgenologicznego.* Z doświadczeń kliniki prof. Warnekrosa wynika, że przy odpowiedniej technice i należytem przygotowaniu można zawsze, począwszy od 14-go tygodnia ciąży, wykazać w obrazie roentgenologicznem części kośćca płodu. Zdjęcie samo uważa autor za zupełnie nieszkodliwe dla osoby ciężarnej i poleca je w tych wszystkich przypadkach, gdzie z powodu braku objawów przedmiotowych, istnieją trudności rozpoznawcze (otyłość, powikłania lub w celu odróżnienia od jakichkolwiek tumorów).

I. Berecz (Budapeszt): *O krwawieniach jajnikowych.* Krwawienia jajnikowe przydarzają się często, gdyż w fizjologicznej czynności jajnika tkwią momenta uspasabiające do krwawień. Materjał obserwacyjny autora obejmuje 1058 jajników uzyskanych drogą operacji. W 108-miu przypadkach (10%) stwierdził krwawienie jajnikowe. W 96-ciu przypadkach krwawienie to nie dawało żadnych objawów klinicznych, w 12-stu przypadkach zaś zaznaczyło się jako samoistny obraz chorobowy. Przyczyną tych krwawień bywa z jednej strony sam jajnik z drugiej strony ogólne zmiany w organizmie.

Za krwawienia, jajnikowe uważa tylko takie krwawienia, które powstają w jajniku normalnym lub prawie normalnym. Autor rozróżnia krwawienia do pęcherza jajkowego, do ciałka żółtego i do miąższu jajnika, a dalej takie, które powstają w torbielach pochodzących z pęcherzyka lub ciałka żółtego. We wszystkich tych przypadkach krwawienie odbywa się w jajniku samym lub na zewnątrz do jamy brzusznej.

Patologiczne znaczenie krwawień jajnikowych zależy w ogólności od tego, czy krwotok nastąpił do jamy brzusznej czy też nie. Rozleglejsze krwotoki do wnętrza samego jajnika bez wylania się krwi do jamy brzusznej są rzadkie. W samym jajniku może krwotok zniszczyć miąższ jajnika, zaś krwotok do jamy brzusznej może nawet być śmiertelny.

Rozpoznanie możliwe jest tylko w przypadkach, gdzie sam krwotok jako taki stanowi obraz chorobowy. Charakterystyczne objawy przemawiają z jednej strony za nowotworem lub za guzami zapalnymi, z drugiej strony każą myśleć o ciąży zewnątrzmacicznej, zwłaszcza gdy uda się wykazać krwawienie do jamy brzusznej. Ścisłe rozpoznanie możliwe jest tylko na podstawie dokładnego badania nie tylko makroskopowego, ale i drobnowidowego i stwierdzenia, czy jajnik względnie skrzepy krwi znalezione w jamie brzusznej nie zawierają pierwiastków płodowych. Tylko wówczas, jeżeli badanie to wypadnie ujemnie, można mówić o samoistnem krwawieniu jajnikowem. Częste powikłania i brak regularności i to nieraz przez czas dłuższy utrudniają bardzo właściwe rozpoznanie.

Leczenie możliwe jest tylko w przypadkach gdzie krwawienie samo jako takie daje typowy obraz chorobowy. W przypadkach wylewów krwawych, dających objawy ciąży zewnątrzmacicznej lub guzów ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia i zrostów wchodzi w grę przedewszystkiem zabieg operacyjny. W przypadkach, gdzie spodziewamy się wessania, można myśleć o leczeniu zachowawczem. Jeżeli w czasie operacji stwierdzi się torbiele grożące pęknięciem lub ciałko żółte wysterczające ponad powierzchnię jajnika, należy je usunąć, gdyż w miejscach tych jako mniej odpornych często powstają i to ciężkie krwotoki wewnętrzne wskutek miejscowych zmian w krążeniu, wywołanych zabiegiem operacyjnym.

R. Kessler i H. D. Röhrs. (Kel): *Badania biologiczne pochwy noworodków, osesków i małych dziewcząt.* Z badań autorów wynika, że wogóle nie można uzyskać żadnych naukowych wyników z badań bakterjologicznych pochwy noworodków i małych dziewcząt. Z pewnem ograniczeniem zużytkować można wyniki badań bakterjologicznych i to tylko przeszczepienie z wyciętej pochwy zmarłych osesków. Pewny wynik badania jest więc tylko wówczas, jeśli omijamy podczas badania przedsionek. Z całą dokładnością mimo to stwierdzić można w przeważającej ilości prątki pochwowe, które uważać należy za jedynie fizjologiczne drobnoustroje pochwy oseska i zdrowej dziewczyny. Stosunki biologiczne są podobne, jak i u kobiety dojrzałej. Zupełnie zgodne z tem są stosunki kwasoty, jak to wykazują dokładne pomiary elektrometryczne zapomocą mikroelektrody. Wydzielina pochwy, która aż do 12 godzin po porodzie jest jałowa oddziaływa wyraźnie kwaśno (Ph 5). W najbliższych dniach atoli prawdopodobnie pod wpływem wtargnięcia drobnoustrojów występuje zwiększenie się kwasoty od 5,0 aż do 4,0—4,5 Ph, co trwa aż do dwóch tygodni. Następnie waha się kwasota od 5,0—6,0 Ph, przyczem drobnoustroje wszelkiego rodzaju mają więcej aniżeli kiedyindziej sposobności osiedlania się w pochwie. U zdrowych i silnych osesków podnosi się kwasota po kilku miesiącach znów do 4,0—4,5 Ph przeciętnie. Odnośnie do 1 cm³ ściany pochwy i 1 g wydzieliny pochwy niema żadnej zależności glykogenu ścian pochwy oznaczonego przez autorów ilościowo pod względem chemicznym i kwasoty pochwy od czynności jajników. Jednak obfitość wydzieliny i wygląd tejże przemawiają wyraźnie za tą zależnością. Biała wydzielina pochwy noworodka staje się wodnista i skąpsza, skoro ustanie wpływ działania wewnątrzwydzielniczego ze strony matki. Dopiero w okresie dojrzałości płciowej złuszczanie się nabłonka jest obfitsze, oddziaływanie zasadniczo nie ulega zmianie, wydzielina staje się znów biała i pozostaje taką stale, o ile narząd rodny kobiety jest zdrowy.

K. B. (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

P r o t o k ó ł

Zebrania Naukowego Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego w dniu 16 lutego 1927 r. w Sosnowcu w lokalu własnym ul. 3-go Maja l. 15.

Przewodniczący Kol. Kozłowski.

Sekretarz w zastępstwie Kol. Krogulskiego Kol. Ryder.

Obecnych na posiedzeniu 24 członków i 6-ciu gości.

Wobec nieobecności sekretarza protokół z poprzedniego posiedzenia nie był odczytany.

Kol. Nasiłowski pokazuje chorych na porażenie dziecięce (*poliomyelitis epid. ant.*).

Chore dzieci w ilości 5-ga pochodzą z 3-ch ognisk epidemji.

Kol. N. omawia sprawę etjologji i epidemjologji tego cierpienia, które na terenie Sosnowca, według własnych spostrzeżeń i opinji kolegów, wzmaga się w ostatnich czasach.

Choroba może przebiegać pod rozmaitemi postaciami klinicznemi i w stadjum ostrem nastręczać duże trudności rozpoznawcze, o czem świadczą pokazywane przypadki.

W ostatnich latach stosuje się we Francji w stadjum ostrem leczenie surowicą Petit'a, a w stadjum porażeń naświetlania promieniami X odpowiednich odcinków rdzenia pacierzowego oraz djatermję kończyn porażonych (metoda Bordier).

Leczenie to opiera się na danych patologicznych omawianego cierpienia.

Mówca nawołuje do stosowania w tutejszej Kasie Chorych tych nowszych i, według sprawozdań, bardzo skutecznych sposobów leczenia. (Autoreferat).

W dyskusji Kol. Osiński mówi o sposobie dawkowania promieni X i o sposobie ich oddziaływania, w szczególności na sprawę referowaną przez Kol. Nasiłowskiego, przyczem tłumaczy sobie to działanie możliwością analogji przy działaniu promieni X w innej chorobie a mianowicie syryngomyelji.

Działanie promieni X nie będzie w tym wypadku bodźcem dla zmarłych tkanek, jednak może spowodować zatrzymanie dalszego postępowania procesu.

Kol. Puterman w dyskusji nad pokazami Kol. Nasiłowskiego wspomina o podyfterycznych porażeniach kończyn, omawia własności dotychczas nieustalonego zarazka choroby Heine-Medin'a, o łatwości jego przenikania przez filtr i o szczególnem powinowactwie jadu do przednich rogów rdzenia szyjnego i lędźwiowego z predylekcją do zajęcia komórek zwojowych przeznaczonych dla prostowników kończyn, szczególniej dla ***deltoideus, quadriceps*** i ***peroneus;*** nie zgadza się z Kol. Nasiłowskim co do możliwości usunięcia odczynu zwyrodnienia za pomocą djatermji; omawia w dalszym ciągu sposób szerzenia się zarazy za pośrednictwem nosicieli, u których zarazek przechowuje się w jamie nosowo-gardzielowej, w wydzielinach jelitowych; zwraca uwagę na korzystne nieraz działanie preparatów arszenikowych (Förster). (Autoreferat).

Kol. Ryder podnosi konieczność rejestrowania przypadków tych chorób.

Kol. Czarski wygłosił odczyt na temat: „Dalszy rozwój teorji i odczynu Abderhalden'a".

Po omówieniu i zademonstrowaniu na odpowiednich rysunkach schematycznych odczynu Abderhalden'a w jego postaci pierwotnej oraz zmian, dokonanych przez Lüttge i v. Merza (metoda alkoholowa i operowanie wyciągami narządów), prelegent przechodzi do najnowszych poglądów nad tą sprawą Sellheima.

Sellheimowi udało się dzięki przypadkowi stwierdzić, że białko poszczególnych narządów nie jest swoiste dla odczynu.

Przygotowany wyciąg łożyskowy, który dawał odczyn dodatni z surowicą krwi ciężarnej, po długiem gotowaniu przestał reagować z tą surowicą, natomiast począł dawać dodatni wynik przy zadziałaniu surowicy rakowej. A więc pewne zmiany fizyko-chemiczne wpływają na odczynnik w ten sposób, że staje się on specyficznym dla innej surowicy.

Sellheim postanowił zatem zbadać już wypróbowane odczynniki pod względem fizyko-chemicznym i doszedł do przekonania, że różnią się one pod 3-ma względami:

1) co do zawartości białka,
2) soli i
3) stopnia kwasoty.

Badając następnie odnośne surowice stwierdził znów Sellheim, że pod wspomnianymi 3-ma względami stanowią one jakby odbicie lustrzane swych odczynników. A więc wyciąg stanowi jakgdyby klucz do zamku surowicy. Dopiero zastosowanie odpowiedniego klucza pozwala nam sądzić o budowie zamku.

Sellheim stara się, na mocy powyższego sprowadzić odczyn Abderhalden'a z działaniem na siebie 3-ch niewiadomych (surowica, ekstrakt i fermenty) do działania dwóch wiadomych:

1) odczynnika otrzymanego syntetycznie i zawierającego z góry określoną ilość białka, soli i kwasu,

na 2) surowicę o również ustalonej ilości wspomnianych składników.

(Demonstarcja odnośnych rys. schematycznych).

Gdyby ta myśl Sellheim'a okazała się słuszną, to odczyn Abderhalden'a zostałby znakomicie uproszczony, a wyniki byłyby wówczas zupełnie pewne. (Autoreferat).

Kol. Puterman wygłosił odczyt na temat a) „Zaburzenia sercowe w zależności od zaburzeń ze strony narządów trawiennych" oraz odczyt na temat b) „O przewlekłej niedokrwistości zakaźnej i jej etjologji".

a) *Zaburzenia sercowe w zależności od zaburzeń ze strony narządów trawiennych*".

U pewnych osobników z sercem nadwrażliwem na nieznaczne nieraz podnięty mogą wystąpić rozmaite niepokojące sensacje sercowe.

Wiadomo, że stan cyrkulacyjny naczyń jamy brzusznej wywiera wybitny wpływ na takiż stan reszty naczyń ustroju: zastój krwi w jamie brzusznej, powodowany gazami jelitowemi wywiera często ujemny wpływ na wątrobę, obfitującą w naczynia, przyczynia się do wadliwego ustawienia się przepony, do wytworzenia krwistości brzusznej, a to wszystko nie może pozostać bez ujemnego wpływu na czynności serca (kołatanie, niemiarowość, przyspieszone bicie serca spostrzega się też po obfitych pokarmach, przy odmie żołądkowej).

Dalej spotykają się zaburzenia cyrkulacyjne przy idjosynkrazji, *achylja gastrica* w zależności od czynników hormonalnych.

Pozatem spostrzegano często rzekomą dusznicę bolesną przy jelitowej dyspepsji gazowej w zależności od chemoreileksów lub wpływów hormonalnych; przy cierpieniach wyrostka robaczkowego, w nietypowych i skrytych postaciach kamicy żółciowej, w zależności od nadpobudliwego układu wegetatywnego, od irradjacji do układu nerwu błędnego.

Przykre objawy gastrokardjalne (niepokój sercowy, stan dyspeptyczny, nagromadzenie gazów pod lewą połową przepony) często ustępują w pozycji na lewym boku, wpust żołądka w tej pozycji łatwo się otwiera i gazy uchodzą.

Wreszcie i wahania barometryczne, na skutek różnicy pomiędzy ciśnieniem atmosferycznem w trzewiach, a ciśnieniem na powłoki brzuszne, mogą u osobników nadwrażliwych powodować przykre sensacje ze strony narządów jamy brzusznej, a pośrednio też ze strony serca.

Wobec przygnębionego często stanu tego rodzaju chorych, głównem zadaniem lekarza będzie odwracanie uwagi od myśli natrętnej co do samoistnego cierpienia serca. (Autoreferat).

b) „*O przewlekłej niedokrwistości zakaźnej i jej leczeniu*".

Sprawa ta zazwyczaj o przebiegu dobrotliwym cechuje się ogólnem niedomaganiem w połączeniu z wahaniami podgorączkowemi.

Obraz krwi przedstawia zmniejszenie ilości erytrocytów i hemoblobiny, pojkilocytozę, polichromję, leukopenję ze stosunkową limfocytozą, eozynofilją, zmniejszony wskaźnik barwnikowy.

W erytrocytach lub poza ich obrębem dr. Edelman z Wiednia stwierdził pierwotniaki w postaci tworów gruszkowatych, półowalnych lub też okrągłych.

Zabarwienie May-Giemsa'y stwierdza niebieskie ciało protoplazmatyczne z jądrem czerwonem chromatynowem.

Prócz wymienionych postaci spotykano się też z tworami pałeczkowatemi, przecinkowatemi, obrączkowatemi, oraz trójkątnemi. (Autoreferat).

Kol. Witkowski podaje, że w ‚Presse Medical" opisane jest leczenie tego cierpienia za pomocą wanien morskich, nasycanych promieniami ultra-fioletowemi.

Następnie Kol. Puterman, łącznie z Kol. Branickim demonstrują chorego.

Pokaz mężczyzny lat 26 nie obarczonego chorobami dziedzicznemi, żonatego, bezdzietnego. Przechodził malarję i zapalenie nerek.

Aspectus asexualis. Wymiar dolnej połowy przeważa nad górnym; kończyny górne sięgają poniżej ud. Brak owłosienia twarzy, pach.

Kobiecy typ owłosienia. Skupienie tłuszczu w okolicy sutków, brzucha, bioder, pośladków. Miednica kobieca.

Niedorozwój gruczołów płciowych: w małej mosznie wyczuwa się prawe jąderko wielkości grochu, według słów pacjenta od czasu do czasu wysuwa się z kanału pachwinowego lewe jąderko: prącie około 3 ctm.

Stosunki płciowe uprawia od 16 r. życia, coitus jakoby prawidłowy z lubieżnością i ejakulacją, popęd płciowy jakoby wzmożony w stosunku do obcych kobiet.

Badanie ejakulatu stwierdziło zupełną azoospermję.

Głos kobiecy. Na zasadzie niedorozwoju gruczołów płciowych i całego szeregu wyżej wymienionych objawów dystroficznych, a szczególniej dysproporcji w budowie kośćca — rozpoznano w danym przypadku *eunuchoidismus.* (Autoreferat).

Po dyskusji nad odczytem Kol. Putermana, w której zabierali głos Kol. Butkiewicz, Wołkowicz i Kol. Gosiewski, Kol. Butkiewicz wygłosił oczyt: *„Nephritis haematurica esentialis"*. (Streszczenia nie podał).

Kol. Puterman w dyskusji nad odczytem Kol. Butkiewicza, zaznacza, że tak często spotykane przemieszczenia nerek nie tak znowu często okazują skłonność do krwawień, z czego wnioskować należy, że prócz translokacji nerki, w krwawieniach nerkowych odgrywać muszą rolę inne czynniki w rodzaju skazy krwotocznej. (Streszczenie własne).

Kol. Witkowski przypuszcza, że analogicznie do krwawienia z organów rodnych kobiety, kiedy przemieszczenie powoduje krwotoki, możliwe jest powodowanie krwotoków i przez przemieszczenie nerki.

Kol. Suchodolski wyraża przypuszczenie, że skoro w danym przypadku na stole operacyjnym stwierdzi się tylko zrost i przemieszczenie, możnaby było ograniczyć się do przemieszczenia nerki w normalne położenie i przyszycia jej.

Kol. Wołkowicz zapytuje w jaki sposób prelegent rozpoznaje rozszerzenie żył kielichów miedniczkowych, lub inne wspomniane przez prelegenta przyczyny powodujące krwawienie.

Kol. Butkiewicz w odpowiedzi wyjaśnił, że do rozpoznania krwotoków nerkowych doszli chirurdzy drogą wykluczenia szeregu innych przyczyn powodujących krwawienie. Zaś żyłki i podobne zmiany dają się ustalić jedynie przy operacji. W danym przypadku należy wyciąć nerkę nietylko dlatego, że było przemieszczenie ale z powodu znacznego zrostu, przy którym później, jeżeli jej nie wyciąć odrazu, bóle się powtarzają i w rezultacie powodują wycięcie nerki.

Na tem posiedzenie zakończono.

P r o t o k ó ł
Zebrania Naukowego Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego dnia 9 marca 1927 r. w Sosnowcu w lokalu własnym ul. 3-go Maja l. 15.

Obecnych według listy 26 członków i 4 gości.

P o r z ą d e k d z i e n n y:

1. Kol. Osiński: „O zastosowaniu elektryczności w medycynie".
2. Kol. Witkowski: „Z kazuistyki usuwania przyrośniętego łożyska".

Przed przystąpieniem do porządku dziennego Kol. Nasiłowski demonstruje:

I. Niemowlę w wieku 11 tygod.; dobrze odżywione i rozwinięte z poronną postacią megacolon; rozpoznanie zostało potwierdzone za pomocą prześwietlenia promieniami X (bez masy kontrastowej)..

II. Młodzieńca 17-letniego, który przed 5-ciu laty przebył ciężką i nietypową postać nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych.

Chory był leczony w 3-cim miesiącu choroby, po ustaleniu rozpoznania przez badanie bakterjologiczne, surowicą swoistą z dobrym wynikiem w szpitalu „Pekin".

Mówca demonstrował go jako ozdrowieńca na posiedzeniu T-wa przed 5-ciu laty.

Po wypisaniu się ze szpitala, jeszcze przez kilka miesięcy utrzymywał się u pacjenta objaw Kerniga, a na stałe pozostało nieznaczne upośledzenie zdolności intelektualnych.

Rozwój cielesny prawidłowy.

Następnie Kol. Osiński wygłosił dłuższy odczyt na temat zastosowania elektryczności w medycynie.

Odczyt, który przez swą szczegółowość nie nadaje się do streszczenia, wywołał ożywioną dyskusję, w której Kol. Budzyński poruszył leczenie chorób skórnych lampą Roentgena i kwarcową. Kol. Witkowski i Czarski leczenie chorób kobiecych Roentgenem, stosowanie galwanizacji przy *amenorhoe,* leczenie krwawień kobiecych przez naświetlanie śledziony z dobrym wynikiem u młodych i klimakterycznych, leczenie Bartholinitów Roentgenem przyczem Kol. Czarski wskazał, że wywoływanie czasowej *sterilitas* zmniejszyłoby walnie ilość wskazań do sztucznych poronień.

Obszerne zastosowanie w dziedzinie ginekologji ma diathermja.

Kol. Puterman wskazuje na znaczenie elektrodiagnostyki w określeniu odczynu zwyrodnienia Erba w pewnych chorobach nerwowych, odczynu myotonicznego w chorobie Thomsena; wspomina dalej o wielkich usługach jakie oddaje nam elektrokardiograf w rozpoznawaniu najwcześniejszych, inną drogą nieuchwytnych jeszcze, okresów zaburzeń czynności mięśnia sercowego po schorzeniach dyfterycznych.

Kol. Nasiłowski porusza sprawę masowego i bezkrytycznego kierowania chorych do prześwietlań promieniami X, oraz do naświetlań lampą kwarcową.

Opierając się na własnych spostrzeżeniach i na danych z piśmiennictwa francuskiego mówca przypomina, że wskazania do naświetlań promieniami X oraz promieniami pozafioletowemi są ograniczone, i że są liczne przeciwwskazania, o czem lekarze w zagłębiu nie zawsze pamiętają.

Kol. Gruszkiewicz wyraził życzenie sprowadzenie przez Kasę Chorych aparatu do elektryzacji i diatermji, wspomniał o leczeniu Roentgenem gruźlicy gruczołów i o ujemnem działaniu lampy kwarcowej, która wywołuje bronchit, a może spowodować nawet zgon w kilku dniach, analogiczny do wywołanego oparzeniem większej niż $^1/_3$ części powierzchni ciała.

Leczenie krzywicy lampą kwarcową usiłują zastąpić podawaniem pokarmów naświetlanych lampą kwarcową, przyczem mleko — jekoryzowane — nabiera nawet zapachu tranu; tran zaś naświetlany lampą kwarcową traci własność leczniczą.

Kol. Butkiewicz wspomina o leczeniu nowotworów fulgaryzacją-iskrami; metoda bolesna, stosowana w narkozie. Zimna kaustyka wychodzi z użycia.

Elektryczność ma też zastosowanie w leczeniu ran.

Odpowiadał na tematy poruszone w dyskusji Kol.. Osiński.

Wobec spóźnionej pory odczyt Kol. Witkowskiego odłożono do następnego Zebrania.

W Sosnowcu, dnia 9 marca 1927 r.

Sekretarz: *Dr. Krogulski* m. p. Prezes: *Dr. Kozłowski* m. p.

SPRAWY ZAWODOWE.

Protokół Dorocznego Sprawozdawczego Posiedzenia Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 30 stycznia 1927 roku.

Dokończenie.

II. Sprawy zdrowia publicznego.

1. Zajęcie stanowiska w sprawie organizacji Służby Zdrowia w Państwie.
2. Współudział Izb w sprawach zdrowia publicznego z Rządem i Samorządami na podstawie własnej inicjatywy. Zwoływanie przez Izby konferencyj w tych sprawach z udziałem nie tylko lekarzy, ale i działaczy samorządowych i rządowych. Jako pierwszy temat z tego działu: Najpilniejsze potrzeby zdrowotne wsi, miasteczek i miast na podstawie dokładnych informacyj i ankiet.

Po dyskusji co do każdego punktu program przyjęto i wyrażono Przewodniczącemu podziękowanie za podjęcie inicjatywy i opracowanie programu w tak ważnych sprawach, poczem na wniosek Dra Śmiechowskiego uchwalono co następuje: Zarząd rozeszle uchwałę do wszystkich Izb z żądaniem, aby w ciągu 2-ch miesięcy Zarządy przedstawiły plan wykonania tych uchwał, a to w celu z jednej strony ujednostajnienia działalności i z drugiej strony komunikowania wzajemnego Izbom w tym względzie powstałej inicjatywy. Zarząd złoży szczegółowe sprawozdanie na przyszłem posiedzeniu Naczelnej Izby Lekarskiej. W tem miejscu przewodnictwo obejmuje znów Dr. Bączkiewicz.

W sprawie przynależności lekarzy do Izb Dr. Przyborowski referuje wniosek Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej następującej treści: Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej w sprawie „pojęcia praktyki lekarskiej" wnosi na zasadzie dotychczasowego doświadczenia następującą formułę i prosi o jej przyjęcie: Obowiązek należenia do Izby Lekarskiej obejmuje wszystkich lekarzy, którzy wykonywują zawód lekarski w jakiejkolwiek jego formie na zasadzie uzyskanego dyplomu lekarskiego.

W tej sprawie względem lekarzy wojskowych Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej wnosi, aby Izba Naczelna wystąpiła do Min. Spraw Wewn. o zmianę reskryptu Ministra Zdrowia z dnia 5-go stycznia 1923 r. jako niezgodnego z ustawą i wydanie nowego zarządzenia w porozumieniu z Departamentem Sanitarnym Ministerstwa Spraw Wojskowych, któreby zmieniło zarządzenie tego Departamentu L. 6755/25 z roku 1925. Do czasu wydania nowego zarządzenia sprawy muszą być załatwiane sto-

sownie do istniejącego przepisu, t. j. że lekarze wojskowi, nie zajmujący się praktyką prywatną, mogą nie należeć do Izb. Wniosek powyższy Izby Warszawsko-Białostockiej przyjęto jednogłośnie. W związku z tem rozpatrywano sprawę przynależności do Izby Lwowskiej Dra Napoleona Gąsiorowskiego z powodu zażalenia, jakie w tej sprawie wniósł do Naczelnej Izby Lekarskiej. Ponieważ Naczelna Izba Lekarska ustaliła jak powyżej swój pogląd na pojęcie praktyki lekarskiej, sprawy tej w szczegółach nie rozpatrywano i zdecydowano rozstrzygnąć ją w sensie ustalonej powyżej definicji.

W ciągu ubiegłego roku stosunek władz państwowych do Izb Lekarskich bardzo się zaostrzył; sprawę te zreferował Dr. Śmiechowski. Władze nadzorcze w ostatnich czasach poczęły coraz częściej ingerować do spraw izbowych, specjalnie sądowych. Najwyższy Trybunał Administracyjny wydał wyroki przeczące samorządności Izb Lekarskich, podkreślonej tak mocno w wyroku tegoż Trybunału z dnia 16. IV. 1923 r. L. Rej. 1057/23. W wyroku z dnia 23. II. 1926 r. L. Rej. 145/25 Trybunał orzekł, że pojęcie zwierzchniej władzy nadzorczej odnosi się i do kontroli i do kształtowania się pojęć etycznych, a samorządne przedstawicielstwo stanu lekarskiego ma być tylko organem pomocniczym powołanym „do współdziałania" z Ministrem Zdrowia w przedmiocie funkcjonowania zawodu lekarskiego. Władza nadzorcza ma prawo decydować, kiedy wchodzi w grę kwestja merytorycznego orzekania w sprawach zawodowej etyki lekarskiej. W tym samym wyroku Trybunał znosi prawo Naczelnej Izby Lekarskiej do zabierania głosu w razie konfliktu między Rządem a Izbą Okręgową. Sąd Najwyższy wyrokiem z dnia 22. IV. 1926 r. wydanym przez cały komplet Izby 2-giej (Nr. sprawy II. K. 2130/25) uznał lekarzy, pracujących w Kasach Chorych za kontraktowych urzędników samorzadowej instytucji państwowej i na mocy tego lekarze, wymienieni w wyroku, za popełnione przestępstwo służbowe powinni podlegać odpowiedzialności na mocy przepisów zawartych w części 37-ej kodeksu karnego. Kasy Chorych z wyroku tego, dotyczącego tylko 2-ch lekarzy, wyciągnęły wniosek, uogólniający taką zasadę. Zapatrywanie to jest mylne, gdyż tak zasadnicze orzeczenia może wydawać tylko Najwyższy Trybunał Administracyjny. Władza nadzorcza interesowała się specjalnie sprawami, rozstrzyganemi w Sądach Izb. Tak, doszło do wiadomości Izby Naczelnej, że zażądano przysłania aktów sprawy osądzonej przez Sąd Izby Naczelnej i przez Sąd Izby Lubelskiej. Oprócz tego władza nadzorcza nakazała wstrzymanie wykonania uchwał Zarządu, przekazujących sprawę Sądowi Izby w Izbach: Poznańsko-Pomorskiej, Krakowskiej i Warszawsko-Białostockiej. Na skutek tak niepomyślnych dla stanu lekarskiego wyroków Trybunału Administracyjnego, Sądu Najwyższego i aktów nadzoru ze strony Departamentu Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych zastanawiano się nad środkami zaradczemi i proponowano poruszenie opinji publicznej drogą prasy i czynników sejmowych, a względem lekarzy, wyłamujących się z solidarności koleżeńskiej, postanowiono kierować się opracowanymi przez Sąd N. I. L. prawidłami postępowania lekarzy, zrzeszeń lekarskich, Związku Lekarzy P. P. i Izb Lekarskich względem Kas Chorych zgodnie z przepisami ustaw lekarskich z 2. XII. 1921 r. poz. 762 i 763.

W sprawie przysięgi dla Sędziów Sądów Izb przedstawił Dr. Śmiechowski z uchwałą Zarządu w pełnym składzie do zatwierdzającej wiadomości następujący komunikat: Stosownie do postanowienia Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 28 lutego 1926 r. Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej zwrócił się do wszystkich Izb Lekarskich o wypowiedzenie zdania w sprawie składania przysięgi przez Sędziów Izb Lekarskich przy obejmowaniu przez nich urzędu Sędziego. Postanowienie brzmiało: „Sprawę tę rozstrzygnąć na podstawie opinji poszczególnych Izb". Zgodnie z opinją Naczelnej Izby Lekarskiej i żądaniem Sądu N. I. L. za wprowadzeniem przysięgi w brzmieniu przyjętem przez pełny skład Sądu N. I. L. wypowiedziały się Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka, Poznańsko-Pomorska, Lubelska i Lwowska; za wprowadzeniem przysięgi jednak z zastrzeżeniem nie ujawnionem w piśmie co do tekstu przysięgi — Izba Lekarska w Krakowie; przeciwko wprowadzeniu przysięgi wypowiedziała się jedynie Izba Lekarska Łódzka. Na skutek tego Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej, stwierdzając, że większość Izb Okręgowych powzięła uchwałę zgodnie z opinją Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej postanawia wznowić w podaniu, zgłoszonym w r. 1925 do Min. Spraw Wewn. o nowelizacji ustawy z dnia 2. XII. 1921 r. poz. 763 w punkcie dotyczącym art. 38 rzeczonej ustawy, żądanie umieszczenia ustępu chwilowo zawieszonego, a dotyczącego ustawowego wprowadzenia przysięgi dla Sędziów. Po odczytaniu powyższego komunikatu Dr. Tomaszewski zapytał się, czy powyższe uchwały zapadły w Radach Izb, czy na Zarzadach, na co otrzymał odpowiedź, że uchwały w Izbie Lubelskiej, Łódzkiej i Krakowskiej zapadły na Radach, w pozostałych Izbach na Zarządach. Komunikat powyższy został przyjęty do zatwierdzającej wiadomości przez wszystkich członków z wyjątkiem D-rów Drożdża, Wiszniewskiego i Tomaszewskiego (reprezentującego 2 głosy).

W sprawie wniosku Dra Garlickiej, dotyczącego jawności posiedzeń Rad Izb i posiedzenia plenarnego Naczelnej Izby Lekarskiej, uchwalono, że Naczelna Izba Lekarska nie może dawać pod tym względem dyrektyw Radom, jawność zaś posiedzeń swoich uważa za niewłaściwą, ponieważ jako urząd i instytucja odwoławcza musi poruszać nieraz sprawy osobiste i poufne. Uchwała ta zapadła przy 2-ch głosach sprzeciwu.

W sprawie zaprojektowanej przez Izbę Łódzką jawności posiedzeń Sądu Izby, akceptowano odpowiedź Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej, że tajność Sądów Izb jako dyscyplinarnych jest obowiązująca na zasadzie art. 38-go ustawy z dnia 2. XII. 1921 r. poz. 763. W dyskusji delegat Izby Łódzkiej Dr. Tomaszewski i delegat Izby Krakowskiej Dr. Zakrzewski wyrazili zdanie, że członek Zarządu powinien być Rzecznikiem Prawa w sprawach, które Zarząd zainicjuje. Dr. Śmiechowski wyjaśniał, że na zasadzie art. 35 ustawy z dnia 2. XII. 1921 r. poz. 763 Przewodniczący Sądu wyznacza Rzecznika Dyscyplinarnego z pośród członków Sądu. Zarząd Izby może w każdym wypadku porozumieć się z Przewodniczącym Sądu co do osoby Rzecznika Dyscyplinarnego.

Dr. Wrześniowski przedstawił opracowany przez Izbę Krakowską wzór karty rejestracyjnej dla członków Izb, zawierający 14 rubryk. Wzór ten przyjęto z dodaniem 15-ej i 16-ej rubryki.

Obecnie przedstawia się on jak następuje:

Karta rejestracyjna.

1. Imię i nazwisko.
2. Miejsce i data urodzenia.
3. Narodowość i wyznanie.
4. Stopień naukowy z podaniem uniwersytetu i daty otrzymania dyplomu.
5. Miejsce stałego pobytu, adres. Przynależność do gminy.
6. Miejsce czasowego pobytu (dla lekarzy zdrojowych i sezonowych).
7. Podanie wyłącznej lub przeważnej gałęzi specjalnej zawodu.
8. Posady zawodowe lekarskie (rządowe, samorządowe, prywatne, w Kasach Chorych i t. p.). Inne źródła dochodów.
9. Godności, urzędy honorowe, odznaczenia.
10. Stopień wojskowy w czynnej służbie lub rezerwie.
11. Stan rodzinny (żona, dzieci i ich wiek).
Osoby utrzymywane z dochodów lekarza.
12. Przynależność do organizacji lekarskich.
13. Data osiedlenia się teraźniejszego.
14. Poprzednie miejsce i czas zamieszkania.
15. Czy i gdzie jest ubezpieczony.
16. Czy ma zapewnioną emeryturę.
Uwagi Zarządu Izby Lekarskiej.

Na podstawie zestawienia wyników ankiety o ogłoszeniach lekarskich, opracowanego przez Dra Śmiechowskiego, postanowiono sprawę przepisów o ogłoszeniach z powodu znacznej rozbieżności w zapatrywaniach na nią poszczególnych Izb pozostawić do rozstrzygnięcia Izbom Okręgowym z zaznaczeniem, że powinno się dążyć do ograniczenia ilości ogłoszeń.

W związku z postępującą pauperyzacją lekarzy zastananawiano się na wniosek Izby Lwowskiej nad niezdrową konkurencją wytwarzaną przez instytucje rządowe, kliniki i szpitale wojskowe, które zajmują się leczeniem i wykonywaniem analiz prywatnych pacjentów. Referent Dr. Krzyczkowski zakomunikował, że w wyniku przeprowadzonej przez Naczelną Izbę Lekarską ankiety, na którą dały odpowiedź: Izba Warszawsko-Białostocka, Krakowska i Poznańsko-Pomorska, tego rodzaju niezdrowa konkurencja została stwierdzona tylko w Warszawie, jednak została przerwana naskutek wystąpienia Naczelnej Izby Lekarskiej.

Dr. Krzyczkowski referuje podjętą przez Izbę Lwowską sprawę leczenia przez Kasę Chorych w Gródku Jagiellońskim prywatnych pacjentów w kasowym zakładzie helio-elektro-terapeutycznym. Kasa Chorych działała w tym wypadku na podstawie reskryptu Ministra Pracy i Opieki Społecznej, na mocy którego Kasy Chorych mogą leczyć w zakładach swoich osoby nieubezpieczone w Kasie w tych wypadkach, gdy w danej miejscowości niema odpowiednich zakładów prywatnych. Izba Lwowska uważa, że reskrypt ten godzi w interesy lekarzy wolnopraktykujących i robi wyłom w ustawie o Kasach Chorych, dozwalając, by Kasy Chorych stały się zakładami leczniczemi dla publiczności i ciągnęły z tego materjalne korzyści; z tego powodu Izba Lwowska prosi Naczelną Izbę Lekarską o poczynienie starań co do uchylenia tego reskryptu. Zarząd Naczelnej Izby Le-

karskiej nie przychylił się do prośby Izby Lwowskiej, uważając, że leczenie prywatnych chorych w zakładach kasowych jest dla interesów chorych pożyteczne tam, gdzie prywatnych zakładów tego rodzaju niema, dla interesów zaś lekarzy nieszkodliwy. Wobec tej rozbieżności zdań Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej i Izby Lwowskiej sprawa została przez Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej przekazana do rozstrzygnięcia plenum Naczelnej Izby Lekarskiej.

Z przeprowadzonej dyskusji ujawniło się, że Zarząd Kasy Choryh w Gródku Jagiellońskim zezwala na leczenie w kasowym zakładzie helio-elektro-terapeutycznym nie wszystkich potrzebujących go pacjentów, lecz tylko skierowanych przez niektórych lekarzy. Wobec powyższego Naczelna Izba Lekarska, podzielając w zasadzie stanowisko Zarządu N. I. L., poleciła mu wystąpić z przedstawieniem u właściwych władz 1) aby Zarządy Kas Chorych zezwalały w podobnych wypadkach na leczenie w zakładach kasowych wszystkich pacjentów bez względu na to, przez jakich lekarzy są skierowani i 2) aby z chwilą powstania odpowiedniego zakładu leczniczego prywatnego bezzwłocznie przerywały przyjmowanie do leczenia prywatnych pacjentów. Ponieważ we Lwowie dopiero w ostatnich czasach zaczęto wprowadzać ambulatorja szpitalne, które wpływają na ograniczenie praktyki prywatnej, przeto Izba Lwowska wystąpiła z wnioskiem o poczynienie starań w kierunku zniesienia ambulatorjów szpitalnych i ograniczenia ambulatorjów klinicznych tylko dla prawdziwie ubogich chorych. W dyskusji podniesiono, że ambulatorja szpitalne w innych dzielnicach istnieją już oddawna i że zniesienie ich byłoby niemożliwe ze względu na ogólny upadek ekonomiczny, a także z tego powodu, że dają one możność segregowania chorych i dostarczają materjału dla oddziałów klinik (zwłaszcza operacyjnego).

W sprawie nowelizacji ustawy o ubezpieczeniu społecznem na wypadek choroby delegaci Lwowscy podkreślają niezbędność uchwalenia górnej granicy dochodu, poza którą przymus ubezpieczenia ustaje, niedopuszczalność dobrowolnych zgłoszeń na członków Kas Chorych i nieodzowną konieczność, aby na czele Kas Chorych stali lekarze. Wyjaśniono, że sprawy te zostały uwzględnione w złożonym w swoim czasie memorjale do Władz.

Delegaci Lwowscy proszą o interwencję w sprawie zastosowania pocztowych opłat ryczałtowych do korespondencji Izb Lekarskich. Postanowiono przekazać tę sprawę Zarządowi Naczelnej Izby Lekarskiej, który porozumie się z właściwemi władzami.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: (—) *Dr. Metelski.* Przewodn.: (—) *Dr. Bączkiewicz*

NEKROLOGJA.

Bł. Dr. med. Paweł AKER.

Dnia 24. sierpnia 1927 r. zmarł Dr. Paweł Aker. Urodził się w 1897 r. we Lwowie. Tutaj uczęszczał do szkół średnich, skąd bezpośrednio podczas wielkiej wojny został wzięty do wojska. Po kilkutygodniowej służbie za uratowanie dwojga dzieci z płonącego domu do którego już nikt nie ważył się wejść, został zamianowany podoficerem. Po rozpadnięciu się Austrji wstąpił do wojska polskiego, a korzystając z chwilowych przysługujących mu urlopów, rozpoczął studja na wydziale lekarskim Uniwersytetu Jana Kazimierza. Po otrzymaniu dyplomu natychmiast wstąpił do Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie, gdzie wprzód jako lekarz pomocniczy, a następnie jako lekarz adjutowany pracował z bezprzykładną gorliwością. Zawsze wesołego i pogodnego usposobienia, oddany chorym, którymi się opiekował i kolegom, zyskał ogólną sympatję tych wszystkich, którzy kiedykolwiek blisko niego stali. Tydzień przed śmiercią nabawił się złośliwego ropnia na nodze i mimo najusilniejszych starań, by go utrzymać przy życiu, uległ złośliwemu zakażeniu. Jego śmierci towarzyszy głęboki smutek i żal, tembardziej, że Błp. sam kochał życie i sam był jakby uosobienie pogody i radości jakie ono daje. Jego pogrzeb był manifestacją tych wszystkich, którzy go znali i kochali, a do grobu towarzyszy mu ogólny smutek i żal za dobrym człowiekiem i kolegą.

Dr. Leszczyński.

OD REDAKCJI.

Załączany od początku b. r. do Polskiej Gazety Lekarskiej bezpłatny dodatek miesięczny p. t.: „Praktyka Lekarska", przeznaczony głównie dla lekarzy praktyków na prowincji osiadłych, którzy nie mają często ani czasu, ani sposobności do czytania obszerniejszych dzieł, a nawet i artykułów w czasopismach lekarskich ogłaszanych, cieszy się ogólnie takiem wzięciem i uznaniem, że w najbliższym już czasie zamierza nasza redakcja dodawać go początkowo do dwóch numerów w ciągu każdego miesiąca, a następnie do każdego numeru naszego czasopisma.

By módz jednak ten zamiar uskutecznić musimy mieć zapewniony materjał odpowiedni do druku, tudzież stałe zasilanie teki redakcyjnej odpowiedniemi artykułami

Dlatego redakcja Polskiej Gazety Lekarskiej zwraca się z uprzejmą prośbą do P. T. Kolegów Czytelników o łaskawe poparcie naszych usiłowań przez nadsyłanie nam własnych artykułów do ogłoszenia w Praktyce Lekarskiej, tudzież przez zachęcanie innych Kolegów, z którymi bliżej się stykają, do zasilania naszej teki takimi artykułami.

Na treść wspomnianych dodatków mogą się składać krótkie artykuliki podające w sposób treściwy, przystępny dla każdego lekarza praktyczne wskazówki lecznicze i rozpoznawcze, opisy ciekawych przypadków kazuistycznych, praktyczne rady, wyniki ostatnich postępów wiedzy lekarskiej we wszystkich praktycznych jej gałęziach, krótkie zapiski lecznicze, a wreszcie zwięzłe odpowiedzi na stawiane przez P. T. Czytelników pytania i kwestje.

Poszczególne artykuły mogą zajmować najwyżej 2—3 strony druku Praktyki Lekarskiej t. j. 3—4 stronic zwykłego pisma maszynowego.

Artykuły przeznaczone do druku w Praktyce Lekarskiej są zasadniczo płatne po 10 zł. od każdej stronicy druku.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Bibljoteka Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego posiada na składzie roczniki Gazety Lekarskiej z dawnych lat oraz wydawane przez tę gazetę odczyty kliniczne. Towarzystwom lekarskim, bibljotekom oraz poszczególnym kolegom Towarzystwo Lekarskie Warszawskie może ofiarować bezpłatnie (za zwrotem kosztów opakowania i przesyłki) powyższe wydawnictwa, uprasza jednakże o możliwie szybkie zgłaszanie się do dr. Zwejgbauma, bibljotekarza Towarzystwa, Niecała 7.

Z kraju.

Dziekanem Wydziału Lekarskiego w Uniwersytecie Poznańskim został wybrany na r. ak. 1927/8 dr. Wincenty Jezierski, profesor zwyczajny patologji i terapji szczegółowej chorób wewnętrznych oraz dyrektor Kliniki Chorób Wewnętrznych.

Nowi członkowie Polskiej Akademji Umiejętności. W roku bieżącym zostali między innymi członkami Akademji: Dr. med. Juljan Talko-Hryncewicz, profesor antropologji w Uniwersytecie Jagiellońskim — członkiem czynnym i członkami korespondentami: Dr. E. Loth, profesor anatomji w Uniwersytecie Warszawskim, Dr. K. Klecki, profesor patologji ogólnej i eksperymentalnej w Uniwersytecie Jagiellońskim i Dr. S. Maziarski, profesor histologji w tymże Uniwersytecie.

Jak donoszą pisma polityczne, właściciel i kierownik znanego zakładu leczniczego w Kossowie, Dr. Apolinary Tarnawski, obchodził w tych dniach 50-lecie pracy lekarskiej. Z okazji tej uroczystości prof. Ignacy Chrzanowski wręczył jubilatowi odnowiony dyplom doktora Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Staraniem Stowarzyszenia Lekarzy odbędzie się w Krynicy Zjazd lekarzy, poświęcony zagadnieniom przemiany materji i niepłodności. Zjazd odbędzie się w dniach 28 i 29 września, tuż po zjeździe internistów w Poznaniu. Za Komitet organizacyjny: Sekretarz: Morgensternowa. w. z. Prezes: Better. Sekretarz Zjazdu: m. p. Kmietowicz.

Ze świata.

Na tydzień od 11 do 18 września r. b. zapowiedziany jest w Berlinie V międzynarodowy Zjazd, dotyczący zagadnień dziedziczności. Jakkolwiek jednym z języków urzędowych Zjazdu jest język francuski, to jednak pomiędzy prelegentami nie znajdujemy żadnego nazwiska francuskiego.